

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**AS POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O TRABALHO DE
PARTO E A SUA INFLUÊNCIA NAS VARIEDADES OCCIPITO-
POSTERIORES FETAIS**

Relatório de estágio orientado pela Professora Doutora Marinha Carneiro

Denise Castro Fortes Lopes Cardoso

Porto | Julho de 2015

Nascer é prejudicial à saúde, porque não há no mundo nenhum ambiente mais controlado e confortável do que o útero materno. Mas como viver é um risco inevitável e necessário, é bom saber que tem gente empenhada em garantir maior qualidade ao nascimento e à vida.

(Meneses, 2011)

Às minhas filhas Alícia e Eileen

AGRADECIMENTOS

Ao fechar este relatório, quero expressar um profundo agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua realização.

À minha orientadora, Professora Doutora Marinha Carneiro, pela disponibilidade e sábia orientação científica e técnica, bem como o apoio e o encorajamento recebidos ao longo de todo o processo do mestrado.

Às minhas orientadoras de estágio, Enfermeiras Maria José Lemos, Sandra Pimenta e Marta Silva pelo nível de exigência e rigor, pelos desafios proporcionados e pelo nível de interação pessoal e de transferência de conhecimentos num clima de simpatia e afetividade.

A todos os docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com quem privei em formação no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pela partilha dos seus conhecimentos e pelo acolhimento recebido.

À minha família mãe, pai, irmã e filhas pelo apoio incansável, amparo e encorajamento na realização do Mestrado. Em especial, ao meu marido por ter estado sempre do meu lado e por compreender a minha necessidade de total dedicação ao curso, nestes últimos dois anos.

A todos aqueles que, de uma forma geral, contribuíram para dar vida a este trabalho, fica aqui a minha homenagem e expressão de profunda gratidão.

SIGLAS/ABREVIATURAS

% - Percentagem

ACOG – American College of Obstetrician and Gynecologists

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

BCG - Bacilo Calmette-Guérin

bpm – batimentos por minuto

C - Celsius

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm - centímetros

COD – Código Deontológico

CTG - Cardiotocografia

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

dl - decilitro

DPPNI – Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

DST'S – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVA – Escala Visual Analógica

FC – Frequência Cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FR – Frequência Respiratória

h - hora

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HTA – Hipertensão Arterial

IASP - International Association for the Study of Pain

IC – Insuficiência Cervical

IG – Idade Gestacional

ITU – Infecções do Trato Urinário

Km - Kilómetros
mg - miligramas
min - minutos
ml - milímetros
OE – Ordem dos Enfermeiros
OEA – Oto Emissões Acústicas
OIC – Orifício Interno do Colo
OP - Occipito-posteriores
pH - potencial Hidrogiônico
Ppt – Parto pré-termo
RCIU – Restrição de Crescimento Intra-Uterino
RN – Recém-Nascido
RNS - Recém-Nascidos
RPM – Rotura Prematura de Membranas
SARA - Síndrome de Angústia Respiratória Aguda
SGB – Streptococo do Grupo B
SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente
TA – Tensão Arterial
Tax – Temperatura axilar
WC – Water Closet

RESUMO

Este relatório descreve todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências nos domínios de intervenção relativos à gravidez, trabalho de parto e pós-parto, conducente ao grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Neste cenário, aprofundou-se uma problemática que teve como finalidade reunir e sintetizar os resultados de pesquisa de forma ordenada e sistemática. Assim, investigou-se “As Posições Maternas durante o Trabalho de Parto e a sua influência nas Variedades Occipito-Posteriores Fetais”. O tema foi desenvolvido no âmbito do módulo “Trabalho de Parto”, tendo-se constatado a ausência de consensos na matéria. Foi efetuada pesquisa bibliográfica, tendo sido selecionados quatro artigos, cujos resultados obtidos reafirmam a importância das posições de decúbito lateral e de quatro apoios como facilitadores do alívio das lombalgias. São inconclusivos no que respeita à eventual influência da rotação da cabeça fetal das variedades occipito-posterior para as anteriores.

O estágio proporcionou uma boa articulação com a componente teórica, através da operacionalização de saberes, na perspetiva de concretizar os objetivos estabelecidos para a formação. Assim, as problemáticas de enfermagem em saúde materna e obstetrícia constituíram-se em desafios e curiosidade científica. Neste sentido, todas as intervenções foram realizadas numa perspetiva holística, atuando-se em três domínios-chave: técnico-científico, crítico-reflexivo e relacional. Desenvolveu-se uma atitude autocrítica e proactiva no sentido da resolução de problemas e na concretização de intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica.

Palavras-chave: posição materna, trabalho de parto, nascimento, parto, posição de parto, posição fetal occipito-posterior.

ABSTRACT

This report describes the entire process of acquisition and development of skills in what concerns to interventions related to pregnancy, labour and postpartum, leading to master's degree in Midwifery. In this scenario, we looked closer at a matter and we aimed to collect and synthesize the results in an orderly and systematic way. Therefore, we investigated "The maternal positions during the labour and its influence in the occipito-posterior fetal position. This subject was developed under the "Labour" module and we found the lack of consensus on the matter. We performed a bibliographic research and we selected four papers, which results reaffirm the importance of the lateral decubitus and all-fours positions as a provider of lower back pain relief. They are inconclusive regarding the potential influence of rotation of the fetal head from occipito-posterior to anterior varieties.

The traineeship provided a good connection with the theoretical component, through the implementation of knowledge, to approach the goals set for the training. Therefore, the nursing problematics in maternal health and obstetrics represented challenges and scientific curiosity. In this case, all the interventions were carried out in a holistic perspective and we worked in three key areas: technical-scientific, critical and reflective thinking and relational. We developed a self-critical and proactive attitude towards problem solving and approach of nursing interventions based on scientific evidence.

Key Words: maternal position, labour, parturition, childbirth, birthing position, occipito-posterior fetal position.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. EXPERIÊNCIAS E COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	
PROFISSIONALIZANTE: CUIDAR I, II,III.....	25
CUIDAR I: A MULHER E A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	31
1.1. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	33
1.1.1. Cuidados à grávida com Insuficiência Cervical.....	42
1.1.2. Cuidados à grávida com Infecção do Trato Urinário.....	45
CUIDAR II - A MULHER E O TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	49
1.2. O TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	51
1.2.1. Trabalho de Parto.....	55
1.2.1.1. O período de dilatação.....	57
1.2.1.2. O período expulsivo.....	65
1.2.1.3. A dequitação.....	69
1.2.1.4. O período de hemostase.....	72
1.2.2. As posições maternas no trabalho de parto e a sua Influência nas variedades occipito-posteriores fetais.....	73
CUIDAR III: A MULHER E O PERÍODO PÓS NATAL.....	89
1.3. O PERÍODO PÓS NATAL.....	91
1.3.1. A amamentação	91
1.3.2. A recuperação.....	93
1.3.3. O papel parental.....	96
1.3.4. A preparação para a alta.....	104
2. ANÁLISE CRÍTICA REFLEXIVA SOBRE O ESTÁGIO.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1 - Plano de cuidados para a grávida com Insuficiência Cervical internada no serviço de medicina materno fetal.....	44
Quadro 2 - Plano de cuidados para a grávida com ITU internada no serviço de medicina materno-fetal.....	47
Quadro 3: Sistematização de evidências da análise de quatro artigos científicos...	80

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 – Grávidas cuidadas, com e sem situações de risco.....	114
Gráfico 2 – Partos realizados, com e sem situações de risco.....	114
Gráfico 3 – RNs cuidados, com e sem situações de risco.....	114
Gráfico 4 - Puérperas cuidadas, com e sem situações de risco.....	114

INTRODUÇÃO

*A vida segue os mais estranhos rumos
porque os outros nos importam.*
(Dalsgaard, 2006)

INTRODUÇÃO

Reconhe-se que a educação e a formação integram processos fundamentais da construção integral das estruturas pessoais, sociais e profissionais do indivíduo, que ciclicamente instigam a necessidade de acrescentar algo capaz de provocar a renovação dos conhecimentos com vista a atualização. Cada vez mais, esses processos são centrais quando se pretende ser um profissional capaz de interagir criteriosamente com o seu viver profissional que, na sociedade contemporânea, é caracterizada por um desenvolvimento tecnológico e científico que introduz mudanças a um nível nunca visto.

A reboque deste desenvolvimento observa-se a existência de um mundo profissional altamente competitivo em que a formação ao longo da vida impõe-se, se se quiser estar presente nos processos de transformação que suscitam conhecimentos científicos e técnicos profundos, aplicados aos contextos profissionais, nomeadamente à enfermagem como área de conhecimento especializado, com a característica particular de ser uma área de cuidados e do apoio à preservação do estado de saúde e bem-estar do ser humano.

A procura de formação em enfermagem justifica-se pelo desejo de especialização, mas também constitui um imperativo para todo e qualquer profissional empenhado na atualização permanente dos seus conhecimentos, de modo a habilitar-se para o exercício de uma atividade profissional adequada ao nível de exigência atual. Isso enquanto profissional e na perspetiva de promover a qualidade dos cuidados que dedica aos utentes usando da responsabilidade, da competência e do pragmatismo (d'Espiney, 2003).

Nesta ordem de ideias, no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, que institui o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 88.º pode ler-se que “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Quanto aos padrões de qualidade considera-se que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” devendo existir “uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do

desenvolvimento profissional e da qualidade (Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem, 2001, p.13).

Mais do que isso, o enfermeiro tem a consciência plena de que a formação para a graduação é o início de uma longa caminhada que se pretende orientada para a formação permanente, a qual permite ao profissional manter-se atualizado no que toca ao desenvolvimento científico e técnico da sua área profissional. Com esse entendimento e tendo em conta a evolução constante da ciência, este Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia faz parte do processo de desenvolvimento fundamental para o exercício profissional especializado, permitindo, não só reunir competências neste ramo de especialização, como também em investigação, facilitando a aprendizagem do método científico, considerado importante para a aprendizagem autónoma.

Adicionalmente, deseja-se assumir um projeto próprio de formação e desenvolvimento profissional, gerador de competências fundamentais para a resolução de situações no exercício da profissão. A obtenção do grau de mestre é também uma necessidade de continuação da formação ao nível da pós-graduação, na procura de um maior nível de qualificação, bem como promover a formação enquanto investigadora na área científica de enfermagem em saúde materna e obstetrícia.

Naturalmente, a sensibilidade e a especificidade da área de especialização exigem dos profissionais níveis de qualificação superiores, tornando-se capazes de prestar cuidados de qualidade aos que deles necessitam. Assim, se justificam as opções e as renúncias pessoais e profissionais efetuadas para seguir com a formação, acreditando ser uma decisão incontornável, neste momento profissional.

O relatório de estágio de natureza profissional, que ora se apresenta, é um trabalho de natureza científica onde se prevê uma boa articulação entre a teoria, obtida através da vertente curricular e a experimentação dos conhecimentos e competências em situação de estágio, tornando visível as aquisições, mas também as fragilidades pessoais visando a sua melhoria. Este estágio profissionalizante é, também, uma resposta ao regulamento do 2º ciclo de estudos em enfermagem, que no seu artigo 2.º, conceitos: c), define a modalidade de estágio como a “ (...) formação realizada através da integração do estudante no exercício de uma atividade profissional em instituições de saúde (...) ”, prevendo-se, neste mesmo artigo, a elaboração de um projeto de estágio e consequente relatório que verse sobre, “atividades desenvolvidas e das mais-valias adquiridas no panorama de instituição de acolhimento, bem como uma avaliação sobre a realização dos objetivos definidos no projeto de estágio.”

Com base no que está previsto, o estágio profissionalizante contempla três módulos de formação, a saber: Gravidez com complicações (100 horas); Trabalho de parto e parto (500 horas); Autocuidado pós-parto e parentalidade (300 horas), todos estes realizados num mesmo contexto hospitalar, em diferentes serviços hospitalares, nomeadamente o de internamento materno-fetal, o do bloco de partos e do pós-parto.

A aprendizagem realizada nestas valências hospitalares permitiu concretizar os objetivos de aquisição e desenvolvimento de competências: no domínio dos ensinamentos relacionados com o autocuidado e com a autogestão dos períodos de trabalho de parto/parto e pós-parto, de modo a promover práticas emancipatórias para o exercício do papel parental; no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto/parto e de puerpério; no domínio da prática profissional, da ética e da legislação específica; de prestação de cuidados; de gestão do desenvolvimento profissional; de capacitação para a investigação, da promoção do conhecimento em saúde materna e obstétrica. Todos esses domínios de competências são naturalmente focais nesta aprendizagem profissional.

Para além dos conhecimentos adquiridos na componente curricular e nas situações de estágio proporcionadas, procurou-se sustentar a prática profissional na pesquisa em bases de dados fidedignas e reconhecidas (EBSCOhost e COCHRANE), que se alimentam de atividades de pesquisa baseadas na prática clínica fundamentada na evidência científica.

Adicionalmente, outra dimensão de trabalho e aprendizagem profissional importante foi a da supervisão da prática de enfermagem, sobre a qual importa referir as 75 horas de orientação tutorial e 25 horas de seminários. Ambas modalidades de formação revelaram-se momentos de aprendizagem pela discussão, partilha, análise, aprofundamento e acompanhamento personalizado.

De um modo específico, de entre as possibilidades temáticas integradas nas matérias da especialidade objeto de estágio, despertou interesse aprofundar “As posições maternas no trabalho de parto e a sua influência nas variedades occipito-posteriores fetais” pela sua importância, na medida em que o polo cefálico como segmento menos redutível é o que desempenha o papel mais importante no processo de adaptação ao canal de parto (Montenegro et Rezende, 2014). Para dar resposta a este propósito procedeu-se ao desenvolvimento de um tema, optando pelas bases de dados a MEDLINE, Plus, a PubMed e a COCHRANE Library.

Face às diferentes dimensões implicadas nas componentes e no processo de estágio, neste relatório destaca-se a prática profissional supervisionada centrada no

acompanhamento científico e técnico em exercício de atividades da profissão em harmonia com a formação teórica. Para corresponder a essa relação entre a teoria e a prática profissional, o mesmo está organizado privilegiando: a) descrição e análise crítica das experiências e competências adquiridas ao longo do exercício do estágio, abrangendo conteúdos inerentes aos módulos transversais ao estágio profissionalizante; b) uma reflexão crítica sobre os aspectos centrais da prática de enfermagem realizada.

1. EXPERIÊNCIAS E COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE: CUIDAR I, II,III

*Estágios clínicos: momentos em que o ser mobiliza os
saberes numa perspectiva interdisciplinar contextualizada*
(Alarcão et Rua, 2005)

O enfermeiro, é um profissional com reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias, grupos e comunidade (Lei n.º 111/2009, artigo 4.º), dedica-se aos mais variados campos de atuação e/ou área de especialidade particularmente na prestação de cuidados, administração, ensino, pesquisa e investigação. A profissão exige de si constantes especializações e atualizações, assim como formação pessoal e profissional versátil, pressupondo agilidade, tomada de decisões assertivas, criativas, inovadoras e responsáveis (Martins [et al.], 2006).

Para o efeito, busca a competência profissional, cujo entendimento implica saber o que fazer em cada situação concreta (Alarcão et Rua, 2005), e remete para um profissional que atua com vista a *atenção em saúde*, desenvolvendo ações de prevenção, de promoção, de proteção e de reabilitação em saúde; a *tomada de decisões*, que exige competências e habilidades para saber avaliar, sistematizar e decidir baseado em evidências científicas; a *liderança*, que pressupõe a responsabilidade, a empatia e habilidade com relação à tomada de decisões de forma eficaz e efetiva; a *educação permanente*, ou seja, a aprendizagem constante quer a nível teórico como prático; a *comunicação*, o saber ouvir e o estar aberto à escuta, a administração e gerenciamento, que requerem planejar, tomar decisões, interagir e gerir pessoal (Martins [et al.], 2006).

Alarcão [et al.] (2005), entendem que o profissional competente é aquele que demonstra qualidade em tudo aquilo que realiza, sem falhas e que recebe merecido reconhecimento pelos seus conhecimentos. A este ser é esperado o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e comunicacionais que o permitem, entre outras componentes, identificar as necessidades dos utentes, efetuar corretamente os procedimentos, ter destreza manual, saber ouvir, comunicar e efetuar ensinamentos pertinentes. Sob esse pressuposto, o estágio como momento de observação e intervenção permite ao profissional a mobilização de saberes com vista o desenvolvimento de competências.

Nesse âmbito, é esperado que o estudante em especialização consolide os conhecimentos teóricos adquiridos em contexto de aula e os aplique na prática, revelando competência profissional. Uma ferramenta essencial ao desenvolvimento desta competência profissional, uma vez que possibilita ao estagiário a aprendizagem em contexto real, a “mobilização integrada e contextualizada de diferentes saberes e a caminhada para a identidade profissional” (Alarcão et Rua, 2005). O estágio sendo profissionalizante cumpre o propósito de promover ao estudante um processo de aquisição e desenvolvimento de competências, segundo

a alínea c) do n.º4, do artigo 31.º - A, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de, 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de, 16 de Setembro. A orientação da prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (EESMOG) tem, então, por base as competências preconizadas pela OE (2010), segundo a qual este profissional

“ (...) assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) é um profissional cuja formação inicial passa pela formação geral em enfermagem, a nível de licenciatura, e que realiza a formação contínua ao nível de formação avançada em estudos especializados neste domínio do conhecimento. Isso visando orientar e prosseguir o seu desenvolvimento profissional na perspetiva de formação ao longo da vida e no sentido da especialização.

A esse profissional cabe, entre outras funções, a prestação de cuidados à mulher grávida com patologia associada, atuando na execução de intervenções autónomas, com o objetivo à manutenção da saúde materno-fetal. Com efeito, a Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do conselho, de 20 de Novembro, sustentando que os estudantes da especialidade em EESMOG, em situação de estágio devem desenvolver uma prática profissionalizante relevante. Procura-se conferir relevância predefinindo a efetivação do estágio sob supervisão científica e técnica através de um plano de atividades que envolve:

- a) Realização de 100 exames pré-natais, incluindo consultas a grávidas;
- b) Prestação da vigilância e cuidados a, pelo menos, 40 parturientes;
- c) Realização de, pelo menos, 40 partos;
- d) Participação em partos de apresentação pélvica e, em caso de impossibilidade, a realização de uma formação por simulação sobre o assunto;
- e) Prática da episiotomia e iniciação à sutura;
- f) Vigilância e cuidado a 40 grávidas (durante e depois do parto), em situação de risco;
- g) Vigilância e cuidado, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;

- h) Observação e cuidado de recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, o cuidado de mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia;
- i) Iniciação dos cuidados em medicina e cirurgia, a qual inclui um ensino teórico e exercícios clínicos.

Neste relatório, as atividades realizadas no estágio serão retomadas na reflexão crítica, onde se procura produzir uma representação gráfica destas de modo a sistematizar as habilidades e competências desenvolvidas neste processo, consideradas fundamentais para a ação do enfermeiro estagiário nesta área de conhecimento.

Além disso, realçam-se as qualidades pessoais enquanto profissional no sentido de responsabilidade e de profissionalismo, bem como de equilíbrio emocional para lidar com a expectativa de um desempenho satisfatório sobre os cuidados de saúde às pessoas beneficiárias dos cuidados. Foram as situações motivadoras da procura de um desempenho de excelência que motivaram o seguir em frente com determinação, mesmo nos primeiros momentos do estágio, contando com a confiança da supervisão técnica e emocional o que foi muito importante neste processo. Motivos suficientes para trabalhar, dia após dia, a performance desejada, atuando sempre com mais certezas da qualidade dos atos e decisões, em desafios crescentes em quantidade e grau de exigência.

Nas páginas seguintes, procura-se enquadrar e comunicar a teoria mobilizada durante o mestrado e todas as experiências vividas em contextos hospitalares, dando corpo a três pontos centrais a saber: CUIDAR I em que se deu atenção à “mulher e a gravidez com complicações”, CUIDAR II onde foi importante lidar com a “mulher e o trabalho de parto e parto”, CUIDAR III versando a “a mulher e o período pós natal”.

CUIDAR I: A MULHER E A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

*A gestante é artista da imaginação e a criança em seu ventre é a tela na qual ela pinta seus quadros.
(Paracelsus, século XVI)*

1.1. A Gravidez com Complicações

Entende-se que o processo de gravidez pode ser geradora de situações de *stress* para a mulher, exigindo a sua adaptação emocional e social. Para que possa caminhar dentro da normalidade, a mulher deve ser capaz de mobilizar mecanismos de adaptação com vista à sua nova condição e papel social: o ser mãe (Silva, 2010). Isso exige um reajuste no seu relacionamento conjugal, na sua vida social, económica e profissional (Maldonado, 1997 citado por Piccinini [et al.], 2008). Esta nova fase da vida da mulher pode ser extremamente perturbadora, pois implica o surgir de uma nova identidade e requer-lhe um esforço físico e psicológico na prevenção de possíveis desequilíbrios e perturbações emocionais (Silveira et Ferreira, 2011).

Além disso, a par da adaptação natural à situação de gravidez, pode ocorrer uma gravidez exigente de cuidados especiais, com consequências para o processo de aceitação da condição por pôr em causa o imaginário criado em torno da gravidez e do feto. Isto é, interrompe as fantasias pré natais para dar lugar ao processo de aceitação de uma gravidez patológica ou com complicações. Estas alterações vão influenciar a forma como todas as mudanças, próprias desta fase de transição, serão integradas, elaboradas e vivenciadas pelos pais (Yunes, 2003).

A capacidade de superação inerente ao processo remete para o conceito de resiliência, que se explica como sendo a capacidade de reagir perante adversidades, de ficar mais forte e com mais recursos psicológicos (Yunes, 2003). Em resposta à crise e ao desafio, manifesta-se um processo ativo de resistência, autorrecuperação e crescimento, visando o equilíbrio dos fatores protetores enquanto amortecedores do impacto dos fatores de risco que, por sua vez, são aqueles que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver problemas comportamentais/ emocionais (Yunes, 2003).

Nesse caso concreto, da vivência de uma gravidez com complicações há fatores de risco como a perda de confiança dos pais em si próprios, a auto punição, sentimentos de inutilidade e de fracasso por medo de uma mútua culpabilização pela incapacidade de ter um filho “perfeito” e saudável (Yunes, 2003). Como fatores de proteção, identificam-se: a capacidade de resolução de problemas do casal e um bom relacionamento, a parentalidade competente e o apoio familiar (Yunes, 2003).

Enquanto estudante, envolvida no atendimento a grávidas/famílias que vivenciaram uma gravidez com complicações, assumiu relevância obter maior conhecimento das dinâmicas pelas quais se passa nestas situações, para experienciar competências técnicas/científicas, psicológicas/emocionais e para um maior conhecimento com vista a esclarecer as dúvidas do casal de forma a decidirem, com maior segurança, os recursos e as condutas primordiais para o bom desenvolvimento do seu filho. Como indica Silva (2010), o enfermeiro que acompanha a mulher e a família, nesta fase, deve mobilizar todos os seus conhecimentos científicos e técnicos, para lhes proporcionar um acompanhamento individualizado e adequado às necessidades identificadas.

Esse cuidado profissional personalizado, requer um aperfeiçoamento permanente de competências, pois só assim se consegue aproximar da grávida e da família numa relação terapêutica de confiança, capaz de transmitir conforto, apoio e informação. Para que tal ocorresse no estágio, demonstrou-se disponibilidade e simpatia, fez-se um bom acolhimento, solucionou-se as necessidades diagnosticadas, com o objetivo final da prestação de cuidados de forma integral e humanizada.

Silva (2010) e Botelho (2010) permitem concluir sobre a importância da realização de uma consulta de qualidade pelo enfermeiro especialista que acompanha a mulher, constituindo-se num momento único para a manutenção da saúde e para a educação da grávida, no sentido do desenvolvimento de comportamentos saudáveis e da identificação de situações de risco.

Lidar com situações de “gravidez com complicações” no contexto do estágio, fez com que, fosse responsável pela elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem, com vista à manutenção da saúde e prevenção de desfechos materno-fetais desfavoráveis.

Este módulo foi efetuado no serviço de Materno-fetal (local de internamento de grávidas com patologias) tendo sido o processo supervisionado por uma enfermeira especialista do serviço e por uma orientadora docente da escola. Enquanto estagiária primou-se para que todas as intervenções, enquanto estagiária, fossem orientadas para o cuidar das grávidas/família em internamento.

As intervenções no acolhimento constituíram-se na apresentação à grávida, na consulta do processo clínico para verificação da sua proveniência, da idade gestacional e da patologia concomitante. Seguidamente, apresentou-se o serviço nomeadamente o seu quarto, o WC (Water Closet), a sala de exames e serviços administrativos, informações sobre o horário das visitas, das refeições, os cuidados a serem prestados, e a disponibilidade em esclarecer dúvidas que surgissem.

Uma das primeiras atividades foi a elaboração da história clínica de cada grávida, revestindo-se de grande importância, porque a partir desta pôde-se recolher dados pertinentes para a elaboração de um plano de cuidados de acordo com as reais necessidades da grávida. Além disso, a sua importância prende-se com o facto de poder ser seguida por outros profissionais, no sentido da continuidade dos cuidados prestados.

Para a elaboração e a compreensão da história clínica de cada grávida, sistematizaram-se os seguintes elementos: a identificação da grávida, registo de dados socioeconómicos, diagnóstico clínico efetuado pelo obstetra no serviço de urgência, antecedentes pessoais/familiares/obstétricos/ginecológicos, gestação atual, hábitos alimentares, medicamentos utilizados no domicílio, os hábitos tabágicos/alcoólicos/consumo de drogas/sono/eliminação, e alergias. A recolha minuciosa destes dados permitiu uma prestação de cuidados com qualidade e uma assistência individualizada, sendo facilitadores da identificação de anormalidades que possam surgir durante a gestação (Botelho, 2010).

Com efeito, através do processo clínico e da colheita de informações junto da utente e sua família tornou-se possível elaborar uma avaliação inicial e registar dados relativos à sua gravidez no sistema informático. Inicialmente, sentiu-se alguma dificuldade em trabalhar com o programa informático, por ser desconhecido, por não fazer parte da realidade profissional anterior. Não obstante, rapidamente este problema foi solucionado, com algum treino e ensino por parte das enfermeiras especialistas do serviço e de outras colegas.

Após a colheita de dados, procedeu-se ao exame físico de cada grávida, compreendendo este, o exame geral e o ginecológico. Procedeu-se também à palpação do abdómen através das Manobras de Leopold que compreende quatro manobras específicas que, para além de informar acerca do foco de auscultação, permitem a identificação do número de fetos, a apresentação (porção fetal que ocupa o estreito superior), a posição (relação do dorso fetal com o lado direito ou esquerdo materno), a atitude fetal (deflexão ou flexão), a descida da apresentação na cavidade pélvica (Lowdermilk et Perry, 2008; Montenegro et Rezende, 2014); e a presença de edemas. Durante o exame ginecológico foram avaliados as mamas, e inspecionou-se os genitais externos.

A privacidade entendida como o direito do utente em preservar o seu corpo de ser exposto e manipulado, está muitas vezes comprometida quando se está hospitalizado e dependente da ação de outrem para a realização do auto cuidado (Pupulim et Sawada, 2010). Muitas vezes, a relação de poder que se estabelece entre o profissional de saúde que cuida e que detém os conhecimentos para com o

utente, coloca este último numa posição de submissão que o faz permitir, ainda que contra o seu desejo, que seja tocado, examinado e muitas vezes por mais do que uma pessoa (Pupulim et Sawada, 2010). Esta permissão surge do facto do utente achar que desta exposição resultará a sua recuperação, despersonalizando-o (Pupulim et Sawada, 2002).

Assim sendo, a valorização e o respeito pelos valores e crenças do indivíduo devem reger-se pelos princípios da autonomia, respeito pela dignidade humana por parte da conduta de quem cuida (Pupulim et Sawada, 2010). Para além desta privacidade em relação ao corpo, estes autores referem outras formas para manter a privacidade como é o caso da confidencialidade de informações, do respeito pelo espaço pessoal/territorial e psicológico e moral. É neste sentido que se está sujeito ao Código Deontológico, inserido no Estatuto da OE republicado, como anexo pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro que, no seu artigo n.º 86 prevê o respeito pela intimidade e privacidade da pessoa, atribuindo ao enfermeiro a função de protetor do indivíduo e da sua família.

Efetivamente, durante o exame físico e ginecológico, muitas mulheres sentem-se intimidadas pela sensação de que a sua privacidade é invadida. Por esta razão, apoiou-se sempre as grávidas de forma a deixá-las mais seguras, promovendo um relacionamento de confiança facilitador da execução do exame (Lowdermilk et Perry, 2008). Neste sentido, a privacidade foi um aspeto de grande atenção primando-se pela realização do procedimento na sala de exames, assegurando a minimização da sua exposição.

Durante os exames ginecológicos, procedeu-se à inspeção externa da vulva e ao respetivo exame. Este consiste na introdução do 2º e 3º dedo da mão na vagina até ao colo uterino, para avaliar as suas condições relativamente à dilatação/extinção, posição, consistência, e descida fetal (Lowdermilk et Perry, 2008). Relativamente à avaliação do colo uterino, a sua extinção foi a que mais dificuldade causou, uma vez que exigiu algum treino para a sua compreensão.

Durante a gravidez, entre outras adaptações ocorrem alterações hemodinâmicas no sistema cardiovascular, com o aumento da frequência cardíaca (10 a 20%); o aumento do volume sistólico (10%); o aumento do débito cardíaco (40 a 50%); a diminuição da pressão arterial média (10%); a diminuição da resistência vascular periférica (35%) (Montenegro et Rezende, 2014). Associadas a estas alterações próprias da gravidez existe, ainda, a condição de ciclo gestatório patológico vivenciado pelas grávidas internadas, daí fazer todo o sentido a monitorização dos seus sinais vitais. De uma forma geral, os sinais vitais (Tensão Arterial (TA); Temperatura axilar (T.ax); Frequência Cardíaca (FC); Frequência

Respiratória (FR); (DOR) foram avaliados em todos os turnos e em todas as grávidas, sendo que nas utentes com patologia cardíaca, Hipertensão Arterial (HTA) crónica, pré-eclâmpsia, HTA gestacional, estas avaliações foram mais frequentes, num intervalo de 2/2horas ou de 4/4horas consoante prescrição médica.

Outro Aspeto importante diz respeito à dor. A dor como quinto sinal vital é definida pela Internacional Association for the Study of Pain (IASP) "como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos. Trata-se de uma manifestação subjetiva que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais" (Pedroso [et al.], 2006). A sua avaliação reveste-se de grande importância para a compreensão da eficácia do tratamento e o seu seguimento. Para tal, é necessário que se recorra ao uso de escalas confiáveis de mensuração da dor (Sousa, 2002; Filho [et al.], 2011).

Assim, avaliou-se o estado emocional de cada grávida para proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e privado. Explicaram-se os procedimentos a executar e a sua finalidade, aplicou-se a escala numérica para a monitorização da dor; efetuaram-se orientações sobre as medidas antiálgicas, tais como: o controlo da respiração e o relaxamento. Vigiou-se a evolução da situação clínica.

Tratando-se de um serviço de Medicina Materno-fetal, uma das intervenções obrigatórias para todos os turnos é a avaliação do registo cardiotocógrafo, que consiste na monitorização do bem-estar fetal e na vigilância de contratilidade uterina materna. Houve a necessidade de identificar o local de máxima intensidade da frequência cardíaca fetal (Foco de auscultação). Em relação à avaliação da variedade fetal, ou seja, da relação dos pontos de referência maternos e fetais, não foi possível efetuar, uma vez que seria necessário contactar com as grávidas num estágio mais avançado de trabalho de parto, o que não aconteceu.

A auscultação e a monitorização dos batimentos cardíacos fetais, foram possíveis através da Ultrassonografia Doppler, aparelho que permite a avaliação intermitente da frequência cardíaca fetal, através da emissão de ondas sonoras que refletem os movimentos cardíacos fetais, convertendo-os em sinais elétricos que podem ser contados (Lowdermilk et Perry, 2008).

A avaliação intermitente da frequência cardíaca fetal, através dos métodos anteriormente referidos, foi realizada uma vez por turno e a todas as grávidas, a partir das 12 semanas de gestação até às 32 semanas na ausência de contratilidade uterina sugestiva de início de trabalho de parto. Para a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, foram realizados os procedimentos de palpação do abdómen da grávida através das Manobras de Leopold, para identificação do foco

de auscultação, posicionando a sonda sobre este e aguardando que perfizesse 1 minuto, apontando de seguida o valor observado.

A monitorização da frequência cardíaca fetal e da contractilidade uterina, e a interpretação dos resultados foram possíveis, através do uso do aparelho de cardiotocografia (CTG), método de monitorização eletrónica da frequência cardíaca fetal., Este pelo método externo usa dois transdutores externos sob o abdómen da grávida, para avaliar a atividade uterina e a frequência cardíaca fetal (Lowdermilk et Perry, 2008).

Durante a realização da monitorização com CTG permaneceu-se com cada grávida/família fornecendo toda a informação. Reuniu-se o material, promoveu-se um ambiente adequado, explicou-se o procedimento, observou-se/palpou-se os contornos fetais (Manobras de Leopold), determinou-se o foco fetal, colocou-se os transdutores no abdómen da grávida e calibrou-se o toco a zero. O registo cardiotocógrafa foi realizado com meios informáticos, através de um programa próprio existente no serviço. Este tem a duração de 20 a 40 minutos consoante o estado fetal, podendo ser prolongado caso este apresente um traçado não tranquilizador.

Para a leitura e interpretação dos dados do CTG tiveram-se em conta aspetos como:

- a determinação da linha de base (média dos segmentos estáveis mais baixos, com pelo menos dois minutos de duração);
- a identificação de acelerações e desacelerações;
- a classificação das desacelerações (prolongadas se dois a cinco minutos; graves se maior que cinco minutos e repetitivas se associadas a mais de 80% das contrações);
- a avaliação da variabilidade da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) (normal se 10 a 25 batimentos por minuto (bpm), ausente se menor que cinco bpm, reduzida se cinco a 10 bpm e aumentada se maior que 25 bpm).

Aspetos como a posição materna, os fármacos administrados à grávida, a T.A materna, a atividade uterina anormal (taquissistolia maior que cinco contrações uterinas em 10 minutos), a idade gestacional, os estados comportamentais fetais e a correlação com outros dados clínicos, foram muito importantes e motivos de atenção durante a execução dos procedimentos.

A par dos problemas fisiológicos que a grávida possa apresentar, naturalmente estar grávida provoca na mulher um misto de emoções/sensações e alterações psicofisiológicas que a tornam mais vulnerável e sedenta de

compreensão e de apoio múltiplo. As alterações emocionais, o reajuste psicológico ao “papel de mãe”, os sentimentos de ambivalência afetiva próprios da alteração hormonal, as modificações corporais, a ansiedade, o desconforto físico, a modificação da imagem corporal e alteração do desejo sexual são fatores que podem perturbar profundamente a mulher e levá-la a necessitar de apoio profissional (Camarneiro, 2007).

Em contexto de estágio vivenciou-se o caso de uma jovem grávida de 19 anos, com o diagnóstico médico de pielonefrite aguda (infecção que compromete o parênquima renal) a vivenciar sérios problemas familiares e económicos. Problemas, estes, que levaram a que se encontrasse, por várias vezes, perturbada e triste. Acrescido a este facto, a gravidez tinha ocorrido sem qualquer planeamento prévio, o que veio destabilizar ainda mais a sua vida e os seus planos para o futuro. Para o apoio, neste caso, e em casos semelhantes (assim como em outros centros hospitalares) foi importante o hospital dispor de um serviço de psicologia e de ação social que, a qualquer momento, atuam como equipa multidisciplinar para acompanhar casos pontuais que necessitem de alguma intervenção. Em relação a esta e outras grávidas, foi possível observar o atendimento efetuado neste serviço e intervir, também, no sentido de permitir à mulher a livre expressão de sentimentos, adotando um papel de ouvinte e facilitador da comunicação. A par deste serviço, o uso da comunicação terapêutica permitiu estabelecer um relacionamento com cada grávida e com pessoas significativas para elas, de forma eletiva, com o objetivo de fornecer apoio, conforto, informação, estímulo da confiança e ajuda num sistema de resolução de problemas.

Neste serviço, estando as grávidas internadas a passar por um ciclo gestatório patológico, observou-se que, de um modo geral, todas acabavam por vivenciar emoções semelhantes, próprias daquele que passa por um período de internamento hospitalar longe de tudo e de todos os que lhe são familiar. A hospitalização é um acontecimento significativo na vida da grávida e sua família (Monteiro, 2012).

Para além da adaptação ao novo papel de mãe, passa também por uma adaptação à condição de portadora de uma gravidez de risco, ou seja, está numa dupla transição que exige uma grande adaptação emocional.

A hospitalização impõe à grávida um estado de repouso que a impossibilita de realizar as tarefas que até então se via habituada, para além de se ver afastada da preparação da chegada de seu filho. Situação que pode revelar-se bastante frustrante/estressante (Monteiro, 2012), estando os focos como o auto controlo, a

auto vigilância, e a gravidez presentes em todos os casos, independentemente da patologia associada.

Estes focos são descritos a seguir, assim como as intervenções realizadas para apoiar a mulher na superação das dificuldades identificadas, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Ao *foco Autocontrole*, “Volição: Disposição tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (CIPE, 2011 p. 41). Foram associadas intervenções como a gestão do ambiente, a instrução de técnicas de relaxamento e a promoção do bem-estar emocional, com o objetivo de proporcionar um ambiente calmo, favorável ao relaxamento e de permitir desenvolver estratégias com vista ao auto controlo da ansiedade.

A gravidez como período pautado por inúmeras transformações biológicas, psicológicas e sociais exige um processo de árdua adaptação, onde importa cumprir um vasto conjunto de tarefas desenvolvimentais. Vários estudos demonstram que a presença de ansiedade é um denominador comum a qualquer processo gravídico, seja ele normativo ou de risco (Figueiredo, 2001). Existem vários fatores de risco para a ansiedade na gravidez, sendo o que, talvez, mais importa focar de momento é a existência de uma gravidez com complicações que obrigue a mulher a estar internada num hospital. Daí ter sido fundamental, como estudante prestadora de cuidados a estas grávidas, a deteção e a prevenção precoce e eficaz de casos de ansiedade.

A *Autovigilância*, definida como “Monitorizar: observação atenta de uma pessoa ou grupo, monitorização contínua” (CIPE, 2011), requereu o ensino sobre os sinais de alarme, os sinais de trabalho de parto e a auto vigilância, com o objetivo de garantir à grávida a aquisição de conhecimentos, e incentivar que a grávida informasse os profissionais de saúde na presença de algum sinal de alerta ou de trabalho de parto.

O trabalho de parto como processo que tem como fim o nascimento e a expulsão da placenta, poderá ter início espontâneo e ter como principais sinais a insinuação ou a descida fetal; o retorno do aumento da frequência urinária em consequência da descida e aumento da pressão na bexiga; dor lombar, devido ao relaxamento das articulações pélvicas; ocasionalmente podem surgir as contrações de Braxton-Hicks (contrações uterinas fortes, frequentes mas irregulares); a perda de peso de 0,5 a 1,5 kg, associada às alterações eletrolíticas e variações de estrogénios e progesterona; o aumento da energia; o aumento da secreção vaginal

(rolhão mucoso); o amadurecimento cervical (colo mole e parcialmente apagado); e a rotura de membranas (Lowdermilk et Perry, 2008).

Há ainda a considerar outros sinais, também muito importantes, que devem constar do ensino às grávidas e que lhes permitem identificar um trabalho de parto pré-termo e outras possíveis complicações, nomeadamente a existência de contrações uterinas regulares, a perda de líquido amniótico ou sangue pela vagina, queixas como tonturas, visão turva, cefaleias persistentes e epigastrialgias (Lowdermilk et Perry, 2008).

No que se refere à *Gravidez*, ou seja ao “processo do sistema reprodutor: condição de desenvolver e alimentar um feto no corpo, e que dura um período de aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento” (CIPE, 2011, p. 54), trata-se de um processo natural, “normal e saudável, mas implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais; o início da gravidez é indicada pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos” (CIPE, 2011, p.54).

Nas situações de grávidas com complicações, teve-se como principais intervenções de enfermagem o incentivo ao repouso na cama, quando necessário, a vigilância da perda de líquido amniótico, a vigilância da perda hemática vaginal, a vigilância da contratilidade uterina e do bem-estar fetal, através de CTG, a vigilância da dor, a monitorização dos ruídos cardíacos fetais e a monitorização dos sinais vitais. Estas intervenções tiveram como objetivo identificar os desvios à normalidade durante a gravidez e referenciar situações que foram para além da área de atuação, como: o aumento tensional não associado a fatores como o *stress* ou a ansiedade, traçados suspeitos ou patológicos, perdas hemáticas ou de líquido amniótico por via vaginal, a perceção de diminuição dos movimentos fetais pela grávida, alterações visuais, cefaleias, epigastrialgias, como se experienciou no estágio.

Para além dos “focos de atenção” de enfermagem anteriores, dedicou-se ao estudo para o aprofundamento do conhecimento sobre a Insuficiência Cervical (IC) e a Infecção do Trato Urinário (ITU) durante a gravidez, patologias estas presentes no estágio e requerentes de cuidados especializados, individualizados, razões para dedicar as páginas seguintes.

1.1.1. *Cuidados à Grávida com Insuficiência Cervical*

O colo uterino exerce durante o período gestacional a função de contenção do produto conceptual até ao termo. Porém, por deficiências funcional e estrutural, pode haver comprometimento desta função, revelando um colo “incompetente” (Cunningham [et al.], 1997). O seu diagnóstico é realizado com base em antecedentes obstétricos de manobras traumáticas, história de abortamento no 2º trimestre de gravidez e de partos repetidos com idades gestacionais precoces, de partos vaginais instrumentados e de cirurgia cervical (Montenegro et Rezende, 2014). Esta situação apresenta uma incidência de 1:1000 partos e representa 8% dos casos de abortamento habitual tardio ou de parto pré-termo (Montenegro et Rezende, 2014).

O diagnóstico pré-concepcional é possível através da permeabilidade do Orifício Interno do Colo (OIC) à vela de Hegar número 8, através da histeroscopia que revela uma dilatação do colo uterino > 1cm, na fase lútea. Durante a gravidez, o diagnóstico pode ser realizado pela avaliação do colo uterino através da ecografia transvaginal, onde se efetua a avaliação do comprimento do colo uterino, que deve ser menor que dois centímetros e o afunilamento, ou seja, o apagamento do orifício interno (Clode [et al.], 2012). Já a ACOG (American College of Obstetricians & Gynecologists) citado por Montenegro et Rezende (2014), acredita que o achado ecográfico de colo uterino com dilatação inferior a dois centímetros não é suficiente para diagnosticar a insuficiência cervical ainda que associado ao risco de parto pré-termo.

O tratamento passa por atos cirúrgicos, quando possíveis, e por repouso no leito e restrição da atividade física. Repara-se que a cerclagem é vista como um recurso cirúrgico, mas comporta o risco de, face ao manuseamento do cólo uterino, provocar a rotura das membranas amnióticas e, com isso, o parto pré-termo (Loureiro [et al.], 2006).

Um recente estudo da ACOG (2014), citado por Montenegro et Rezende (2014), desencoraja a prática da restrição física e do repouso no leito como condutas a seguir. Mesmo assim, apesar de não se recomendar a restrição da atividade física e o repouso no leito, observou-se em contexto de estágio que estas são as continuam a ser prescritas por se considerar os efeitos benéficos destas práticas na manutenção do estado de gravidez, tendo em conta a ameaça de rotura das membranas amnióticas e o parto pré-termo.

No quadro 1, desenha-se o plano de cuidados dirigidos à grávida com IC, experienciado durante o estágio, no serviço de medicina materno fetal.

Quadro 1 - Plano de cuidados para a grávida com Insuficiência Cervical internada no serviço de medicina materno fetal

Foco	Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Atividades que concretizam as Intervenções
Foco: Auto Cuidado (Higiene, Vestuário) “Atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (CIPE, 2011 p. 41).	Auto Cuidado (Higiene, Vestuário): dependente	- Garantir que as necessidades básicas de higiene e vestuário são realizadas Manter o aspeto cuidado e asseado da utente	- Dar banho - Vestir	-Providenciar arrastadeira - Vestir a pessoa - Dar banho na cama - Assistir a pessoa a lavar a boca - Lavar o períneo
Foco: Obstipação “Processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldades ou passagem incompleta das fezes excessivamente duras e secas” (CIPE, 2011 p. 62).	Obstipação (risco de)	- Garantir que a necessidade básica de eliminação intestinal seja realizada.	- Vigiar eliminação intestinal - Incentivar ingestão de líquidos - Incentivar ingestão de alimentos ricos em fibras	
Foco: Processo vascular comprometido “Processo do sistema circulatório: bombeamento do sangue através das artérias e das veias centrais e dos capilares periféricos” (CIPE, 2011 p. 70).	Processo vascular comprometido	- Criar estratégias para a diminuição do risco de tromboembolismo venoso	- Incentivar a alternância de decúbitos (laterais esquerdo/direito e dorsal) - Incentivar a mobilização passiva dos membros inferiores	
Foco: Auto Controlo “Volição: Disposição tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (ICNP, 2012, p.40).	Auto Controlo: Ansiedade - conhecimento sobre técnica de relaxamento não demonstrada	Proporcionar um ambiente calmo e favorável ao relaxamento Permitir à utente desenvolver estratégias com vista ao auto controlo da ansiedade	- Gerir ambiente -Instruir técnicas de relaxamento -Promover bem-estar emocional	-Reduzir luminosidade -Reduzir estímulos acústicos -Motivar leitura/música -Reforçar apoio familiar -Encorajar a verbalização de sentimentos sobre a gravidez -Mostrar disponibilidade para ouvir as dúvidas da grávida -Esclarecer as dúvidas da grávida -Adotar uma postura de abertura em relação à grávida -Facilitar presença de pessoas significativas (marido/pais)

Após implementação do plano de cuidados supracitado, verificou-se franca melhoria relativa ao bem-estar geral da grávida, facto também possível devido à demonstrada capacidade de aprendizagem, passando os focos de não demonstrado a demonstrado. Contudo, em relação ao foco Auto Cuidado (Higiene, Vestuário), apesar do grau de dependência ser reduzido este manteve-se, pois estando em repouso absoluto devido à sua condição de saúde, a grávida necessitou sempre de auxílio em relação à preparação dos materiais necessários para o banho, do vestuário a utilizar, assim como no uso da arrastadeira. De um modo geral, pode-se afirmar que os objetivos foram alcançados embora a grávida ainda precisasse de auxílio para a realização de algumas atividades.

Através da escuta ativa foi possível perceber que a utente sentia alguma ansiedade quanto à possibilidade da gravidez não chegar a termo, manifestando preocupação com a vitalidade do feto, caso o parto ocorresse.

“Se entendermos a transição para a parentalidade como a construção de uma relação, imbuída de grandes esforços e expectativas, perceberemos melhor qual frustrante pode ser se esse processo for interrompido de forma abrupta e inesperada, como acontece quando uma gravidez é involuntariamente interrompida. (Koch [et al.], 2012. p.124).

Neste aspeto, o apoio familiar (mais do que a adoção de uma postura de abertura), a escuta ativa e a disponibilidade demonstrada, foram primordial para a redução dos níveis de ansiedade.

1.1.2. Cuidados à Grávida com Infecção do Trato Urinário

A ITU, entendida como a presença e replicação de bactérias no trato urinário, é uma complicação frequente na gravidez e requer especial atenção por parte do EESMO (Duarte [et al.], 2002). Com uma incidência de 5% a 10%, resulta das modificações fisiológicas e anatómicas próprias deste estado e reagrupa três entidades clínicas distintas (Campos [et al.], 2008), conforme Montenegro et Rezende, (2014) e Lucena [et al.], (2006):

- a bacteriúria assintomática - definida como a presença e proliferação bacteriana na urina na ausência de sintomatologia com uma prevalência de 4 a 10%, onde existe o risco aumentado de 20 a 30 vezes de vir a desenvolver uma pielonefrite;
- a cistite - definida como infecção urinária baixa com uma prevalência de 1 a 4%;

- a pielonefrite - entendida como uma infeção que compromete o parênquima renal com uma prevalência de 1 a 2%, sendo o principal responsável pelo choque séptico na gravidez e pela ocorrência de insuficiência renal aguda, síndrome de angústia respiratória aguda (SARA) e parto pré termo.

As ITU “complicam cerca de 20% das gestações e são responsáveis por 10% das admissões ante parto” (Passos [et al.], 2008; Mazor-Dray [et al.], 2009), sendo fatores predisponentes para o parto pré termo (PPT), ou seja, aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2006 citado por Montenegro et Rezende, 2014); a rotura prematura de membranas (RPM), entendida como a rotura das membranas corioamnióticas com perda de líquido amniótico, há mais de uma hora antes do início do trabalho de parto (Campos [et al.], 2008); e a restrição de crescimento intrauterino (RCIU), relacionado com o não alcance potencial de crescimento genético do feto, entre outras (Montenegro et Rezende, 2014).

Tendo em conta que a ameaça de parto pré termo (APPT) e a RPM foram vivenciadas em contexto de estágio, dedicou-se ao estudo destes casos e desse estudo resultaram algumas intervenções de enfermagem que se explica a seguir.

Relativamente aos casos de APPT, consideraram-se intervenções tais como: a avaliação dos sinais vitais; incentivar o repouso no leito; a avaliação da tonicidade uterina através da palpação do abdómen; a monitorização com CTG; a valorização das queixas da utente (algias lombares, abdominais ou pélvicas, peso pélvico, perda de líquidos vaginais, contrações uterinas); a vigilância de possíveis efeitos secundários do tocolítico utilizado, como: as náuseas, os vómitos, as cefaleias, as tonturas, a taquicardia, a hipotensão, a hiperglicemia, entre outros.

Assim, todas estas intervenções foram acompanhadas dos cuidados e rigor científico considerados fundamentais para a sua realização: a avaliação da TA no braço direito com a utente em repouso, a avaliação das contrações uterinas com a utente deitada em decúbito dorsal e por um período de 10 minutos, monitorização pelo CTG com a sonda para a avaliação das contrações uterinas, colocada sob o fundo uterino e a da avaliação da frequência cardíaca fetal, respetivamente, sob o foco de auscultação posicionando a utente em decúbito lateral esquerdo, preferencialmente.

Quanto aos casos de RPM ocorridos, avaliou-se concretamente o estado emocional da grávida; procedeu-se à informação sobre a necessidade de repouso absoluto no leito; efetuou-se o ensino sobre a necessidade de cuidados perineais, pelo menos, duas vezes ao dia e sempre que evacuar; explicaram-se os sinais de

contrações uterinas e sintomas de febre; a necessidade de ingestão de líquidos; observaram-se e registaram-se as características do líquido amniótico; avaliou-se a temperatura materna sempre que necessário; avaliou-se o bem-estar fetal através dos ruídos cardíacos fetais ou do CTG; vigiou-se a atividade uterina através de tocograma.

O êxito na prevenção de complicações materno-fetais, resultantes das infecções urinárias, deve-se ao diagnóstico precoce e ao tratamento imediato e adequado (Baleiras [et al.], 1996). Pode-se afirmar que o sucesso da gravidez depende, em parte, das intervenções no que concerne a ajudar os futuros pais no desenvolvimento das suas competências parentais e a vivenciar uma gravidez saudável e consciente. Para tal, foi exigido um conjunto de competências técnicas e científicas para a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem de qualidade, com vista à resolução de complicações materno-fetais, e devido encaminhamento médico. No quadro 2, encontram-se os diagnósticos e as intervenções de enfermagem específicas para a grávida com ITU realizados no âmbito de estágio.

Quadro 2 - Plano de cuidados à grávida com ITU internada no serviço de medicina materno-fetal

Foco	Diagnóstico	Objetivos	Intervenções	Atividades que concretizam as Intervenções
Eliminação urinária "Processo do sistema urinário". (CIPE,2011 p.70)	Eliminação urinária alterada	Informar a utente sobre os sinais e sintomas de infeção urinária e os cuidados de higiene a ter em conta para a sua prevenção.	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre sinais e sintomas de ITU - febre, disúria (dor durante a micção), polaquiúria (aumento da frequência urinária), náuseas e vômitos; desconforto supra púbico; hematúria; - Incentivar a ingestão de líquidos; - Ensinar sobre os cuidados de higiene perineais. - Vigiar as características da urina; - Ensinar sobre o uso de roupa interior mais larga e de algodão; - Ensinar sobre aumento de ingestão de líquidos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar à grávida que a higiene perineal deve ser realizada sempre no sentido ântero-posterior, ou seja, da vulva para o ânus para que não ocorra a contaminação da vagina com microrganismos pertencentes à flora retal por arrasto; - Explicar à grávida que o uso de produtos de limpeza íntima deve ser abandonado já que são responsáveis pela eliminação de parte dos microrganismos pertencentes à flora natural da vagina, deixando-a mais suscetível a infeções. - Explicar à grávida que a higiene perineal deve ser realizada apenas com o uso de sabão com ph neutro
Infeção "Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo". (CIPE,2011 p. 70)	Infeção (risco de) Sendo que um dos riscos inerentes às ITU é a possível rotura prematura de membranas e consequentemente o risco de uma infeção a nível das membranas amnióticas (corioamnionite).	- Identificar os sinais de rotura de membranas.	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o obstetra de serviço sobre o estado da grávida; - Vigiar sinais de infeção: febre; líquido amniótico fétido; taquicardia fetal - Informar a grávida que deverá manter-se em repouso, caso a cabeça fetal ainda não estiver insinuada, pelo risco de prolapso do cordão umbilical; - Vigiar a ocorrência de prolapso de cordão. 	

No caso em concreto, durante todo o período de internamento, não se verificou a existência de rotura de membranas. Foram realizados os ensinamentos e o treino de habilidades, no que diz respeito aos cuidados perineais, pautando-se sempre para que fosse realizada “em três tempos no sentido ântero-posterior: lavagem com sabão e água, enxaguamento com água e secagem com compressas, evitando a contaminação da região perineal.” (OE - Parecer nº 23 /2011, p. 6).

Por último, mas não menos importante, dedicou-se também durante o estágio à preparação da alta das grávidas, através da elaboração de uma carta de alta e da realização de ensinamentos que serão abordados no ponto que se segue. Dada a panóplia de patologias contactadas durante o estágio descrevem-se, de seguida, alguns ensinamentos a ter em conta aquando da alta nos casos específicos da APPT e da Pielonefrite aguda por irem ao encontro dos dois casos escolhidos e abordados anteriormente.

A alta deve iniciar-se no momento da admissão da grávida ao serviço. É extremamente importante no acompanhamento da gravidez, pelo que os ensinamentos em relação ao auto cuidado e à autovigilância são cruciais para que a mulher seja capaz de identificar sinais e sintomas de alarme e possa atuar em conformidade (Lowdermilk et Perry).

Perante a ocorrência da Pielonefrite Aguda, instruiu-se sobre a gestão do regime terapêutico, explicou-se a importância da ingestão hídrica, ensinou-se sobre os cuidados de higiene perineal, ensinou-se sobre os sinais e sintomas de reincidência (febre, arrepios, náuseas, vômitos, dor na região dorso lombar, disúria, polaquiúria, urgência miccional, peso hipogástrico, hematúria), ensinou-se sobre a vigilância do bem-estar fetal (presença de movimentos fetais), esclareceram-se dúvidas da grávida.

Tendo ainda como objeto de estudo as ITU e suas possíveis complicações e a IC, perante a APPT, reforçou-se a importância do repouso no leito e da restrição da atividade física, orientou-se para uma alimentação equilibrada, rica em fibra para a prevenção da obstipação, incentivou-se a ingestão hídrica, forneceu-se informação sobre os sinais de alarme de APPT (algias lombares ou pélvico, peso pélvico, algias abdominais, alteração do fluxo vaginal, RPM e contrações uterinas), informou-se sobre a realização da palpação, avaliação da duração e registo das contrações uterinas, esclarecimento de dúvidas quanto à prescrição da terapêutica, informou-se sobre a importância de procurar os serviços de saúde caso os sintomas persistam.

CUIDAR II - A MULHER E O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Para que a parturiente possa entrar em contacto consigo mesma, condição necessária para o bom transcurso do parto, quem a estiver assistindo precisa de exercitar também o contacto consigo mesma/o.
(Michel Odent, 2002)

1.2. O Trabalho de Parto e Parto

O parto é um acontecimento de importância singular na vida da mulher, uma vez que constitui um momento fundamental para o binómio mãe-filho. Este envolve aspetos psicológicos, físicos, sociais, económicos e culturais, sendo por isso considerado por vários autores um fenómeno complexo e de variada diversidade (Brandão, 1998).

Durante o processo gravídico, a mulher entrega-se ao cuidado de desconhecidos - os profissionais de saúde - facto que transforma o momento íntimo de gerar e parir um filho num ato partilhado. O hospital, por ser um local desconhecido onde a relação de poder profissional de saúde/utente encontra-se bastante demarcada, desperta na mulher sentimentos de ansiedade, medo e insegurança, podendo dificultar a sua participação nas decisões que envolvem a intervenção técnica por parte dos profissionais de saúde (Carraro [et al.], 2008).

Cabe ao profissional de saúde, a escolha de um atendimento humanizado onde o respeito pela vontade individual e o conforto são assegurados de modo a que a mulher se sinta segura, envolvida/integrada (Marque [et al.], 2006; Carraro [et al.], 2008). Para estes autores, o conforto só é possível se a mulher for o foco de toda a atenção e se o ambiente for favorável, ou seja, acolhedor, confortável, seguro e propicie, acima de tudo, o bem-estar. Além disso, o papel esperado por aquele que cuida é o de alguém sensível que respeita os direitos à individualidade e à autonomia. Estes autores salientam a importância da comunicação terapêutica como “aquela que tem a qualidade curativa ou benéfica” (p.3) na promoção do conforto, do apoio, da segurança física e emocional e da confiança, requisitos estes de extrema importância para o decurso de um trabalho de parto e parto onde a mulher assume um papel ativo orientando as suas próprias escolhas. Referem ainda a existência de duas categorias no que se toca ao “papel dos profissionais de saúde no cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto”. A primeira categoria diz respeito ao *apoio emocional* onde pequenas ações como a presença constante, a atenção dispensada, o diálogo, o segurar a mão, parecem transformar a forma como a mulher vive este momento e permite ao profissional de saúde praticar cuidados que se pretendem de excelência, transformando-o numa experiência positiva. Aqui coloca-se o foco na valorização da mulher, permitindo-lhe participar ativamente em todo o processo de trabalho de parto e parto facilitando,

assim, a sua realização. A segunda categoria relaciona-se com *des-cuidado* e faz alusão a um trabalho de parto e parto que ocorrem sem o devido acompanhamento, onde o profissional da saúde assume um papel frio e distante, deixando muitas vezes os desejos da mulher em segundo plano. Aqui a prioridade é colocada na atenção técnica respeitante à fisiologia do trabalho de parto e não aos aspetos emocionais experienciados.

Com efeito, para que os profissionais da saúde não entrem num ciclo vicioso denominado de massificação do cuidado, onde todas as mulheres são tratadas mas não necessariamente cuidadas, recomenda-se evitar o atendimento medicalizado de assistência ao parto que desconsidera os desejos da mulher e patologiza o processo (Carraro [et al.], 2008; Marque [et al.], 2006). Os profissionais da saúde devem primar por respeitar este período de transição e apoiar o empoderamento da mulher para a tomada de decisões relativamente ao seu trabalho de parto e parto.

Marque [et al.] (2006), entendem que o profissional da saúde deve ver o momento do nascimento de forma natural, procurando fazer com que a mulher e a família sejam os protagonistas da ação, desmistificando a visão do nascimento como um evento médico-hospitalar. Assim, defendem que a assistência à mulher em trabalho de parto deve ser sempre pautada pelos princípios éticos como o direito à autonomia e o respeito pela dignidade humana, onde as necessidades da mulher/casal e de sua família são valorizados. Concluem que “os profissionais de saúde precisam olhar a mulher como um ser único, respeitando suas vontades e direitos, reconhecendo a mulher e o seu filho como peças fundamentais no evento do nascimento e compreendendo que não basta somente proporcionar à mulher um parto por via natural, se não levar em conta os sentimentos e desejos da parturiente e seus familiares” (Marque [et al.], 2006, p. 446).

No estabelecimento de uma relação terapêutica/empática o EESMO deve ser capaz de se colocar no papel do outro e compreende-lo, prestando assim cuidados efetivamente individualizados a cada mulher/casal e a cada família (Silva, 2010). Sendo o momento do parto um momento tão marcante e importante na vida de qualquer casal/mulher, o estabelecimento desta relação é primordial para a compreensão da dinâmica do outro, dos seus objetivos, das suas competências e dos seus conhecimentos, de modo a suprir as necessidades detetadas (Silva, 2010).

Para Silva (2010), à equipa de enfermagem deveriam ser concedidos mais tempo e espaço para repensar o nascimento e a transição para a parentalidade, por ser um momento tão importante e único na vida do casal/mulher. Logo a atenção deveria também recair sobre os aspetos psicossociais que definem uma nova

identidade para a mulher, o ser mãe, e que influência diretamente as restantes relações até então existentes na sua vida (Silva, 2010).

Enquanto estudante, durante as práticas sobre esta matéria, no Serviço de Sala de Partos, percebeu-se da importância do desenvolvimento da relação terapêutica/empática, do conhecer e compreender a mulher/casal. Este encontra-se dividido em três áreas distintas: a admissão onde são atendidas as mulheres com situações de urgência de obstetrícia e ginecologia; os cuidados intermédios onde é realizado o acompanhamento e a vigilância da mulher na fase latente do trabalho de parto; os quartos onde é realizado o acompanhamento e a vigilância da mulher na fase ativa do trabalho de parto e onde ocorrem os partos.

As grávidas/parturientes recorrem à urgência de obstetrícia frequentemente por queixas como: algias abdominais compatíveis ou não com contrações uterinas (tratando-se por vezes de falsos trabalhos de parto), suspeitas de rotura de membranas (confirmado ou não), perceção dos movimentos fetais diminuídos e perdas hemáticas. Em caso de internamento e na presença de trabalho de parto, na fase latente (presença de contrações uterinas rítmicas sem dilatação do colo uterino) ou na ativa (definida por contrações rítmicas e dilatação do colo uterino igual a 4 cm, com extinção a 80%), a parturiente é encaminhada para os cuidados intermédios ou para os quartos individuais (Campos [et al.], 2008; Montenegro et Rezende, 2014).

No sector da admissão depois de efetuada a triagem e registada a queixa principal avalia-se os sinais vitais à parturiente, efetua-se o Combur (...) e a monitorização cardiotocográfica externa. Após a reavaliação médica a parturiente é encaminhada para os diferentes sectores, de acordo com a fase de trabalho de parto em que se encontra.

Depois de admitida num dos setores do SU, é colocada à parturiente um acesso venoso para perfundir a soroterapia prescrita, sendo monitorizada por CTG externa e efetuada a avaliação tocológica ponderando-se a necessidade de analgesia por via epidural (de acordo com a vontade da parturiente). Todos os cuidados inerentes à vigilância da mulher na fase de trabalho de parto em que se encontra são da responsabilidade do enfermeiro especialista incluindo o acolhimento e o acompanhamento psicológico contínuo ao casal.

Neste sentido à parturiente/casal admitido foi proporcionado conforto, permitindo à parturiente a escolha da posição a adotar no leito, privilegiando na maior parte das vezes o decúbito lateral esquerdo por evitar a compressão da veia cava. Foi fornecido um vestuário da instituição para que esta pudesse preservar a sua roupa dos fluídos eliminados durante o trabalho de parto e parto proporcionou-

se música ambiente. Contrariamente ao que se observava antigamente, no momento de admissão da parturiente já não está preconizado a tricotomia, nem os enemas de limpeza. Estes eram realizados a fim de reduzir a incidência das infeções na episiotomia, facilitar a episiorrafia e conferir melhor higiene no pós-parto. Contudo, a não interferência no aumento da morbilidade materna permite que a sua realização, apenas, ocorra mediante a solicitação da parturiente (Montenegro et Rezende, 2014). Segundo a OMS (1996) os enemas, a tricotomia e a infusão rotineira de soro glicosado tratam-se de práticas prejudiciais ou não-efetivas que devem ser eliminadas, uma vez que não existem evidências científicas que recomendem a sua realização de rotina em mulheres em trabalho de parto.

Como o acolhimento hospitalar da parturiente/ casal é um episódio marcante, a atitude adotada aquando da admissão foi a de respeito, apoio, proteção e encorajamento mostrando sempre disponibilidade para que estes pudessem recordar o momento do nascimento do seu filho de forma positiva. Para melhor organizar e expor a aprendizagem verificada durante este módulo de “Trabalho de parto e parto” fez sentido abordar três áreas de intervenção consideradas mais importantes. Sendo assim, todo o percurso experienciado na sala de partos está relatado ao longo das áreas de intervenção, a saber: Trabalho de Parto; Dor de Trabalho de Parto; Autocontrolo: Dor. A revisitação destas experiências culmina com um enfoque teórico sobre “as posições maternas e a sua influência sobre as variedades occipito-posteriores que se considerou importante abordar.

Para além das experiências vivenciadas em estágio, teve-se a oportunidade de participar de uma formação desenvolvida no serviço, sob o tema: “Emergências Obstétricas” que permitiu, não só, adquirir novos conhecimentos teórico-práticos, no que diz respeito a esta área de atuação para as mais variadas situações de emergência, mas também, perceber o quanto a comunicação e o trabalho em equipa podem ser fundamentais para a garantia de sucesso na assistência em trabalho de parto e parto.

As emergências obstétricas podem ser entendidas como “...complicações agudas da gravidez que põem em risco a vida da mãe e/ou do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata (habitualmente em minutos) por parte da equipa de saúde, de forma a garantir um desfecho favorável para ambos” (Campos [et al.], 2011, contracapa).

Como estudante oriunda de um país em que esta problemática é ainda pouco debatida cientificamente e as práticas pouco consistentes na matéria, tentou-se envolver ao máximo na experiência proporcionada, procurando o aperfeiçoamento e a construção de noções e sugestões que pela sua importância poderão ser úteis

na melhoria dos contextos onde se irá dar continuidade à atividade profissional neste ramo de especialização em enfermagem.

Para uma maior compreensão da experiência vivida neste âmbito, as páginas seguintes versam sobre as áreas enunciadas acima que, de algum modo, contribuíram para o reforço do conhecimento circundante.

1.2.1. O trabalho de parto

Entre os povos primitivos, o parto era considerado um acontecimento de pouca relevância, sendo tão normal na vida da mulher que não justificava cuidados especiais nem influenciava a vida doméstica. O ato do parto passou historicamente por modificações de acordo com as características e disposições da sociedade em cada época. Desde as últimas décadas do século XX, tem-se observado um aumento exponencial da incidência de cesarianas no mundo, muitas delas sem indicação médica, o que revela uma crescente modificação relativamente à forma de ver e aceitar a dor inerente ao trabalho de parto (Griboski et Guilhem, 2006).

Muito além de acontecimentos meramente biológicos, a gravidez e o parto englobam aspetos sociais como, por exemplo, o acesso à informação e aos serviços de saúde, questões culturais como padrões de comportamento e valores transmitidos coletivamente, modificando-se estes com o tempo (Bezerra et Cardoso, 2006). Tais modificações estão sujeitas, tanto a evolução interna dos grupos socioculturais, como pela difusão de meios e práticas que se espalham, um pouco por todo o mundo, e que globalizam tendências. Dadas as dinâmicas da vida real, estes fatores encontram-se em permanente intercâmbio e intimamente ligados não sendo fragmentados ou isolados (Leininger, 1991), mas existindo em harmonia com o devir social e cultural.

Neste sentido, o parto enquanto fenómeno natural ou médico varia de cultura para cultura e a forma como é considerado circunscreve muitas diferenças. Estas diferenças verificam-se em todas as sociedades, sendo elas: o tipo de preparação que a grávida teve, o local onde ocorre o parto (casa ou hospital), pessoas que assistem e estão envolvidas (técnicos ou pessoas significativas), recurso à tecnologia médica e à medicação e a participação da mulher nas decisões a tomar levando a que a experiência de parto seja culturalmente determinada (Lozoff [et al.], 1988; citado por Figueiredo [et al.], 2002).

A institucionalização do parto parece ter favorecido a perda de privacidade e de autonomia pela mulher durante o parto, estando sujeita às normas e práticas institucionais (Moura [et al.], 2007). Neste âmbito, várias são as violências as quais a mulher é submetida durante o trabalho de parto/parto, como sejam: o isolamento; os toques vaginais repetitivos; o uso de medicação para acelerar o parto, a dieta zero; a tricotomia vulvo-perineal; a restrição de movimentos; as cesarianas desnecessárias; a humilhação e falta de respeito. Estas situações são perspetivadas, pela equipa médica, como essenciais para a resolução de complicações e redução de taxas de mortalidade materna e neonatal (Aguilar, 2010), apesar do desconforto que eventualmente poderão causar.

A bem da mulher, esta acaba por ser vista como um ser desprovido de conhecimentos e capacidade de compreensão sobre as transformações e sinais que o seu corpo lhe emite e do modo como deve atuar perante o trabalho de parto (Santos [et al.], 2010). Aparentemente, são-lhe removidos os direitos de pensar, de desejar, de opinar. Atreve-se a dizer que se a sua presença não fosse fundamental para que ocorresse o parto até isso podia ser questionado. Esta situação deve-se ao facto de se colocar a mulher em cuidados que do ponto de vista técnico têm o sentido de lhe garantir a realização bem-sucedida do seu parto e em benefício da proteção do RN.

Segundo Santos [et al.] 2010, a mulher tem que se descaracterizar do seu papel de esposa, filha, pessoa pertencente a uma sociedade para se submeter aos procedimentos invasivos que alteram toda a fisiologia do parto. Referindo-se ao papel cada vez maior, assumido pelos profissionais de saúde, consideram que a mulher despe-se literalmente de o seu ser enquanto pessoa para ser quem “eles” quiserem. Estes autores acreditam que, todo o carácter pessoal, individual, fisiológico e familiar do trabalho de parto/parto é eliminado para dar lugar a um processo patológico propício para as intervenções.

Com este entendimento, o novo modelo de parto parece perder a característica de individualidade feminina e de acontecimento natural, para dar lugar a um novo conceito de “tirania” que, como se pensa, desconsidera a família e torna o parto um momento de dor e sofrimento para a mulher vista como um simples objeto (Santos [et al.], 2010). No entanto, a assistência pretendida, no momento do parto, será aquela que visa “...obter uma mãe e uma criança saudáveis como o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (OMS, 1996, p. 4).

Acima de tudo, não se pode esquecer que, apesar de raras, as situações de emergência podem surgir em partos ditos de baixo risco e que a tecnologia e o conhecimento científico trouxeram qualidade à assistência durante o trabalho de parto, no que diz respeito à redução da taxa de mortalidade infantil (Graça, 2010), apesar da excessiva recorrência a intervenções obstétricas durante o trabalho de parto poder influenciar a satisfação da mulher e a forma como a vivência neste processo (Castro et Clapis, 2005).

O trabalho de parto/parto como o colmatar de um longo processo de gestação e de transformações emocionais da mulher, proporciona uma vida extra uterina ao RN e uma mudança na vida pessoal e familiar, podendo ter impacto positivo ou negativo para a confiança materna, adaptação parental e relações familiares (Amorim [et al.], 2010). Por isso, estes momentos carecem do acompanhamento nas suas diferentes dimensões, sobretudo nos aspetos emocionais “...evitando a cascata de intervenções que, em vez de produzir resultados favoráveis, podem acarretar a piora dos desfechos maternos e perinatais” (Amorim [et al.], 2010, p. 590).

O trabalho de Parto caracterizado pelo nascimento e a expulsão da placenta, encontra-se dividido em quatro momentos: a dilatação (dividida em duas fases, a latente e a ativa), a expulsão, a dequitação e a de hemóstase (Montenegro et Rezende, 2014). São estes processos que se considerou desenvolver nas páginas seguintes.

1.2.1.1. O Período de Dilatação

O período de dilatação inicia-se com contrações uterinas rítmicas e por vezes dolorosas que alteram o colo uterino e termina com a sua dilatação completa (10 cm) (Montenegro et Rezende, 2014). Neste período, é fundamental uma avaliação periódica das contrações uterinas, da dilatação do colo uterino, da descida do pólo cefálico, da amniotomia e da vitalidade do feto.

A avaliação das contrações uterinas foi possível através da monitorização cardiotocográfica, onde importou estar atenta aos sinais de taquissístolia, ou seja, presença de mais de 5 contrações em cada 10 minutos e por mais de 20 minutos, bem assim aos sinais de hipertonia, entendidas como contrações com duração superior a 2 minutos. Considerou-se a presença destes sinais como as situações que impossibilitam o relaxamento uterino entre as contrações e consequentemente a indevida oxigenação placentar e fetal (Montenegro et Rezende, 2014; Lowdermilk et Perry, 2006).

Durante a fase latente de trabalho de parto, a avaliação cardiotocográfica, segundo o protocolo do serviço, deve ser intermitente e realizada por 30 minutos em cada 2 horas, mas o que se verificou neste contexto foi o seu uso contínuo para toda e qualquer parturiente. Nota-se que o seu uso de forma contínua apresenta como desvantagens a complexidade dos padrões da FCF, impede a livre deambulação materna, e o aumento do risco de intervenções, sobretudo a cesariana, devido aos resultados falso-positivos que indicam comprometimento fetal quando este não existe (Amorim [et al.], 2010). Neste sentido, o uso da CTG de forma contínua não demonstra melhorias significativas em relação ao prognóstico neonatal, além de que aumenta a morbidade materna (Amorim [et al.], 2010). Na fase ativa de trabalho de parto, a monitorização cardiotocográfica externa é contínua, passando a interna, para os casos em que há constante perda da captação da FCF ou em que a parturiente se encontra obesa.

Durante o estágio, diagnosticaram-se alguns casos de hiperestimulação uterina, resultante da maturação/indução de trabalho de parto, cujo propósito é a preparação do colo uterino e início, ainda que artificial, das contrações uterinas que, por sua vez, levam à dilatação e extinção do colo uterino (Campos [et al.], 2008). Nesses casos, suspendeu-se de imediato a ocitocina em curso e avisou-se a enfermeira responsável da situação a qual solicitou que fosse preparado o salbutamol (a medicação utilizada no serviço como tocolítico, ou seja, inibidor das contrações uterinas) que após a preparação foi administrado consoante indicações do protocolo. Com a reversão da hiperestimulação e estabilização da frequência cardíaca fetal, as parturientes foram mantidas sob vigilância, procurando estar sempre atenta ao estado materno-fetal. Neste sentido, coube, durante este procedimento, realizar e interpretar o CTG de forma contínua, assim como informar a parturiente da necessidade de realizar repouso, alertando-a para a necessidade de comunicar a presença de perda hemática vaginal ou de líquido amniótico.

A dilatação do colo uterino permite que o feto passe da cavidade uterina à vagina mediante a ação de duas forças: a mecânica, exercida pelo próprio feto e pela tensão causada pelas membranas amnióticas; e a das fibras musculares uterinas (Montenegro et Rezende, 2014). A sua avaliação foi possível através do exame tocológico, tendo em atenção aspetos como: a privacidade da parturiente, a assepsia, o uso de gel lubrificante para minimizar o desconforto causado e a observação das secreções vaginais para o despiste de presença de líquido amniótico ou sangue.

Tais práticas foram implementadas realizando-se o menor número de toques possíveis, não só com o intuito de minimizar o desconforto sentido pela parturiente,

como para a prevenção de lacerações dos tecidos maternos, edema do colo uterino e infecção (Montenegro et Rezende, 2014).

Outro aspeto avaliado, no estágio, durante o período de dilatação foi a descida do pólo fetal. Para isso, foi preciso considerar os planos de Hodge que nos indicam a relação entre a apresentação fetal e uma linha imaginária traçada entre as duas espinhas isquiáticas maternas (Lowdermilk et Perry, 2006). Este foi o aspeto que mais dificuldade causou por se constatar que é preciso muita perícia e prática para se conseguir identificar as estruturas pélvicas envolventes. Pode-se dizer que é necessário possuir “olhos nos dedos” para poder descobrir tudo o que acontece quando se toca uma mulher. Mas, esta dificuldade não foi um entrave, pois rodeou-se de uma constante busca de saber e saber fazer motivadores de mais treinos e de aquisição de conhecimentos práticos para uma correta avaliação.

Ainda durante o primeiro período de trabalho de parto, pôde-se considerar a amniotomia, ou seja, a rotura de membranas amnióticas, após os cinco centímetros de dilatação e na presença de apresentação insinuada. Esta pode ocorrer espontaneamente ou artificialmente quando praticada pelo profissional de saúde (Montenegro et Rezende, 2014; Lowdermilk et Perry, 2006). Apesar do protocolo do serviço prever a sua realização aos 5 cm de dilatação do colo uterino, esta nem sempre foi realizada, reservando-a apenas para os casos em que se pretendeu verificar a coloração do líquido amniótico por suspeita de estado fetal não tranquilizador. Isto porque sabe-se que da sua realização precoce pode resultar o prolapso do cordão umbilical e a incidência de maior número de casos de céfalo-hematoma fetal (Montenegro et Rezende, 2014; Lowdermilk et Perry, 2006).

Quando executado, esse procedimento, empregou-se a técnica asséptica. Esta foi realizada durante a contração uterina e na fase ativa do trabalho de parto, onde se explicou à parturiente o procedimento e se avaliou a temperatura corporal, a cada duas horas pelo risco de infecção, visto que, após a sua realização há sempre o risco dos microrganismos da vagina ascenderem até ao saco amniótico (Lowdermilk et Perry, 2006).

Para as parturientes em fase latente de trabalho de parto, encontram-se preconizados a avaliação da temperatura axilar/auricular e TA de 4/4 horas e o respetivo registo no partograma, representação gráfica do trabalho de parto, onde foi possível visualizar a dilatação/extinção do colo uterino e a descida da apresentação em relação ao tempo (Rocha [et al.], 2009). Nesta fase está preconizada a ingestão de líquidos claros, caso a parturiente o deseje e a perfusão de soro fisiológico, após seis horas de jejum.

O facto de não se possibilitar à parturiente a ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, deve-se ao facto de alguns autores defenderem que numa situação de emergência e na presença de anestesia geral, poderão surgir complicações como, por exemplo, a aspiração de conteúdo gástrico (Lowdermilk et Perry, 2006). Contudo, o que se verifica é que, na grande maioria dos casos, a anestesia de eleição é a loco regional, estando a parturiente consciente e perfeitamente capaz para proteger a sua própria via aérea (Lowdermilk et Perry, 2006). Logo essa “exigência” pareceu irracional, para além de que parece aumentar o risco de parto instrumentado, devido à baixa reserva energética existente durante os esforços expulsivos (Lowdermilk et Perry, 2006).

Para as parturientes em fase ativa de trabalho de parto, submetidas a analgesia por via epidural, foi associado um soro fisiológico em perfusão rápida pelo risco de hipotensão causada pela analgesia por via epidural, ou seja, a técnica de anestesia que combina um anestésico local (ropivacaína, lidocaína ou bupivacaína), com um opiáceo (sufentanil ou fentanil), administrado na região lombar entre a L2 e a L5. Neste sentido, foi importante realizar a avaliação dos sinais vitais de hora a hora, com o registo dos dados recolhidos no partograma. O protocolo do serviço faz referência à possibilidade da parturiente adotar a posição de sentada durante o trabalho de parto, mas tal não se verificou na realidade pelo facto de todas as parturientes terem sido submetidas à analgesia por via epidural.

Estando a dor presente, durante todo este processo, foi extremamente importante garantir às parturientes um trabalho de parto com maior controlo sobre a dor. A IASP propôs, em 1986, o conceito de dor como uma experiência sensorial e emocional de algo desagradável, associado a lesões corporais (reais ou potenciais), partindo do pressuposto de que cada pessoa utiliza a palavra dor de acordo com as suas experiências prévias (Davim [et al.], 2008). Sendo esta vivenciada num determinado contexto, influenciada por fatores psicológicos, biológicos, socioeconómicos e culturais, pelo que a abordagem multidisciplinar pode obter melhores resultados na sua apreciação (Davim [et al.], 2008).

A *dor de trabalho de parto*, entendida pela CIPE (2010, p.50) como “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e da dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto” pode ter, segundo Lowe (2002), Lowdermilk et Perry (2006) de duas origens: a somática e a visceral.

No primeiro estágio do trabalho de parto a dor está associada a alterações do colo uterino, a distensão do segmento inferior e a isquemia uterina. Tem origem visceral e localiza-se sobre a porção inferior do abdómen irradiando para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, região glútea e coxas. No segundo estágio, a dor é

de origem somática e é geralmente descrita como intensa, aguda e bem localizada. Esta resulta do estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico, que permitem a passagem do feto, e da distensão e tração do peritoneu e ligamentos útero-cervicais (Lowe, 2002; Lowdermilk et Perry, 2006). Ainda neste estágio, a dor pode estar relacionada com os esforços expulsivos ou a pressão exercida pelo feto sobre a bexiga, intestino ou outras estruturas pélvicas sensíveis. No terceiro estágio do trabalho de parto e período pós-parto imediato, a dor é de origem visceral concentrando-se basicamente no útero, sendo muito semelhante à do primeiro estágio do trabalho de parto (Lowe, 2002; Lowdermilk et Perry, 2006).

As reações à dor no trabalho de parto são influenciadas, tal como noutro tipo de dor, por fatores fisiológicos; culturais; pela existência de ansiedade; má experiência obstétrica anterior; não preparação para o nascimento; desconforto; falta de apoio e ambiente pouco favorável; medo e insegurança diante do desconhecido; abandono e solidão; e prolongamento do período expulsivo (Lowdermilk et Perry, 2006). A percepção constante desta sensação pelas parturientes demonstra o quanto este fenómeno está presente, de diferentes formas, nas instituições de saúde, influenciando, por isso, o atendimento ao parto e refletindo a sua valorização na cultura (Oliveira [et al.], 2010).

O expressar da dor acontece mesmo quando as mulheres têm preparação prévia para o parto (Wideman et Singer, 1984) ou quando recebem analgésicos durante o trabalho de parto (Niven, 1988). A par deste facto, a experiência de um parto doloroso e complicado pode levar a que a mulher desenvolva problemas psicológicos adicionais no pós-parto, tais como: distúrbios emocionais, problemas na amamentação e uma necessidade extra de ajuda prática em casa, após a alta hospitalar (Figueiredo [et al.], 2002), interferindo negativamente no processo de ligação mãe-filho. Nesse âmbito, os profissionais da enfermagem devem manter com mulher uma relação de ajuda tendente ao seu empoderamento no fortalecimento das habilidades enquanto parturiente, para que ela possa atuar eficaz e satisfatoriamente durante o trabalho de parto e parto.

De acordo com o guia orientador de boas prática da OE (2008), a prestação de cuidados à pessoa com dor pressupõe a avaliação, o controlo e o ensino. Neste sentido, para a avaliação da dor, em contexto de estágio, aplicou-se a escala visual de avaliação (EVA) da dor, constituída por uma linha de 10 centímetros, em geral, como extremos as frases “ausência de dor e dor insuportável” (Martinez [et al.], 2011). Para seu controlo, interveio-se no sentido de conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos secundários do fármaco utilizado para a analgesia por via epidural, uma vez que todas as parturientes haviam decidido pela utilização

deste método farmacológico de alívio da dor. No que se refere ao ensino realizado, debruçou-se sobre a dor e sobre as medidas de controlo, ensinou-se acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica, instruiu-se sobre a necessidade de precocemente alertar os profissionais da saúde para o agravamento da dor e para as mudanças no seu padrão.

Sendo a analgesia por via epidural, a principal escolha das parturientes admitidas ao serviço, procedeu-se à sua administração segundo a prescrição médica. Tratou-se de uma intervenção interdependente, ou seja, que depende da prescrição elaborada de outro técnico de saúde, estando sempre atenta para que os cuidados e rigor técnico fossem assegurados. Neste sentido, durante a sua administração explicou-se à parturiente de que deveria adotar a posição de decúbito dorsal e permanecer nessa posição, pelo menos, 5 minutos para que a medicação fosse igualmente distribuída pelo corpo. Explicou-se que, o alívio da dor após a sua administração ocorre de forma lenta e gradual, geralmente não acontecendo antes dos 10 minutos. Recorreu-se à avaliação da TA e da FC após a sua administração pelo risco de hipotensão materna, bem assim a avaliação cardiotocográfica para despiste de situações de comprometimento fetal. Explicou-se a cada parturiente que esta poderia ter efeitos secundários como a hipotensão, cefaleias, lombalgias, tremores, prurido, náuseas, vômitos e retenção urinária por hipertonicidade do esfíncter e atonia vesical, além de que a sensibilidade para urinar podia diminuir ou não se manifestar em casos de bloqueio intenso, entre outros efeitos (Martins [et al.], 2002).

Apesar de comprovado de que a dor durante trabalho de parto não traz quaisquer benefícios para a mãe ou para o feto e que a analgesia por via epidural constitui o método mais eficaz na redução da dor favorecendo a participação e a colaboração da mulher durante o trabalho de parto, a sua utilização encontra-se rodeada de controvérsias quanto ao prolongamento do trabalho de parto, à incidência de partos instrumentados e cesarianas (Martins [et al.], 2002).

A utilização da analgesia por via epidural, parece favorecer a supressão do reflexo de Ferguson, caracterizado por contrações reflexas, desejo de empurrar/fazer esforços expulsivos (Lowdermilk et Perry, 2006). A recorrência à manobra de valsalva, bloqueio da respiração e da musculatura abdominal para a realização do puxo, foi uma constante durante o estágio, pois de facto as parturientes submetidas à analgesia por via epidural não sabiam, na maior parte das vezes, como e onde deveriam puxar durante o período expulsivo (Lowdermilk et Perry, 2006).

Essa prática não é subscrita pela OMS na assistência ao parto, pois julga-se que causa a diminuição da oxigenação materna e fetal (Ambrosi, 2012), hipoxia fetal, acidose metabólica e lacerações perineais (Lowdermilk et Perry, 2006). No entanto, para Montenegro et Rezende (2014) e enfermeiras especialistas do serviço em que foi realizado o estágio, a manobra de valsalva parece ser o método mais eficaz na diminuição do período expulsivo por favorecer e encurtar o tempo de descida fetal.

Concretamente no que concerne ao *Autocontrole*, definido pela CIPE (2010, p. 40) como “Volição: Disposição tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida”, é exigido ao EESMO a capacidade para influenciar o estado mental e emocional da mulher durante o trabalho de parto, de modo a amenizar os sentimentos de medo, tensão e solidão, contribuindo para que se sinta segura e confiante durante o processo.

Lowdermilk et Perry (2006) fazem referência a estudos que indicam as aulas de preparação para o parto como o espaço de capacitação da mulher para o controlo da dor. Durante estas aulas, considera-se extremamente importante informar o casal sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, para que possam desenvolver estratégias de *coping* para lidar com o trabalho de parto/parto.

Relativamente ao ensino/instrução/treino de técnicas não farmacológicas para o alívio e controlo da dor, pouco se pôde fazer já que para a maioria das parturientes a primeira escolha passou pela analgesia por via epidural. Sob o seu efeito, a mulher raramente tem dor e, por isso, muito dificilmente necessita ou procura outro tipo de conforto para além da farmacológica. Contudo, antes da colocação do cateter por via epidural e nos períodos em que seu efeito se via diminuído, procurou-se ensinar/instruir/treinar a técnica de respiração, pedindo à parturiente que inspirasse devagar pelas narinas e expirasse pela boca, para garantir uma boa oxigenação fetal durante as contrações. Aconselhou-se a alternância de decúbitos, sempre que possível, e proporcionou-se privacidade, segurança e silêncio.

O uso de técnicas respiratórias permite a diminuição da percepção da dor pela mulher e ajuda-a a manter o autocontrolo (Lowdermilk et Perry, 2006). Durante o estágio, recorreu-se a estas técnicas visando promover o relaxamento dos músculos abdominais e consequentemente o alívio da dor. E, mais uma vez, foi necessário um ajustamento entre a teoria e a prática, pois diferente ao que é praticado no serviço, Lowdermilk et Perry (2006) defendem que durante o período

expulsivo o padrão respiratório deve ser aquele que a mulher desejar, ou seja, aquele que lhe confere maior relaxamento e bem-estar. Além de que o bem-estar do feto também é assegurado por se lhe manter um bom aporte de oxigênio.

O Autocontrole da dor garante grandes benefícios à parturiente a nível psicológico e fisiológico, bem como para o próprio feto. Com o ensino destas técnicas permitiu-se às parturientes: sentirem-se valorizadas, aumentando a sua autoestima, a confiança no cuidado recebido e em si mesma; a diminuição da ansiedade e da fadiga e, por isso, ter uma postura mais confiante e colaborante; a diminuição das hormonas do *stress*; a melhoria da ventilação; a redução da frequência cardíaca e melhoria da atividade uterina, assim como proporcionar uma oxigenação fetal adequada e uma melhor vinculação mãe-filho. Tudo isso devido ao cuidado que se teve no esclarecimento de dúvidas, para que estivessem devidamente informadas, de modo a sentirem-se mais seguras e confiantes das suas capacidades. Reconhecendo-se a importância da figura do acompanhante como aquele/a que conforta, que oferece segurança e estímulo, foi importante ter facilitado sua participação e envolvimento nos cuidados prestados.

Durante o período de dilatação, o estado fetal foi também um dos parâmetros a considerar, uma vez que este período é talvez o que apresenta maiores desafios à saúde do feto. Sabe-se que as contrações uterinas diminuem o fluxo sanguíneo ao miométrio por compressão dos vasos uterinos e elevação local da pressão sanguínea, o que acarreta perda de oxigenação e redução na eliminação de CO₂ pelo feto (Montenegro et Rezende, 2014; Lowdermilk et Perry, 2006).

A avaliação da FCF, como tranquilizador ou não tranquilizador, foi possível através da observação da frequência cardíaca fetal e pelas alterações gasimétricas, assim como pela observação do líquido amniótico,. Neste sentido, prestou-se especial atenção à presença de mecónio aquando da realização da amniotomia e sempre que se examinou cada parturiente com rotura de membranas amnióticas. A frequência cardíaca fetal avaliou-se através da cardiotocografia e auxiliou-se o médico na realização da gasimetria do sangue do cordão umbilical. A gasimetria fetal permite concluir ou excluir o diagnóstico de “asfixia intraparto”. Consideram-se valores normais de pH (potencial Hidrogénico) arterial médio do RN de termo após parto vaginal de 7,28, aferindo sobre a acidemia perante valores inferiores a 7,20 (Campos [et al.], 2008).

1.2.1.2. O Período Expulsivo

O período expulsivo inicia-se no fim do período de dilatação e caracteriza-se por dilatação completa do colo uterino e por contrações uterinas de forte intensidade e duração, não devendo ultrapassar as 5 contrações em cada 10 minutos. É neste período que a parturiente inicia os chamados puxos aquando da presença do *reflexo de Ferguson* (Montenegro et Rezende, 2014; Lowdermilk et Perry, 2006).

Nesse quadro, o feto é impulsionado em direção ao canal de parto pela força contrátil intensa da expulsão, realizando movimentos espontâneos para adequar-se aos diâmetros pélvicos denominados por mecanismo de parto. O mecanismo de parto comporta a insinuação, ou seja, a passagem do maior diâmetro cefálico fetal pelo estreito superior, a descida e rotação interna, ou seja, a descida da cabeça fetal até ao assoalho pélvico; a flexão da cabeça fetal apoiando o seu occipito na sínfise púbica; e a rotação externa ou restituição, em que após a saída da cabeça fetal esta faz uma rotação de 90°, direcionando a face do feto para uma das coxas da parturiente (Montenegro et Rezende, 2014; Lowdermilk et Perry, 2006).

Segundo a ACOG (2000), o período expulsivo sem analgesia pode ter a duração de duas horas para a primigesta, mas este período pode durar até três horas quando a parturiente é submetida a analgesia por via epidural. No caso de uma mulher multipara, o período expulsivo sem analgesia pode durar uma hora enquanto com analgesia pode durar duas horas. Para tal, foi importante garantir a avaliação das condições maternas e da auscultação fetal. O protocolo do serviço prevê a presença de três profissionais da saúde durante o período expulsivo: o responsável pelo parto, o ajudante e o responsável pelos cuidados ao recém-nascido.

O posicionamento da mulher durante o período expulsivo preconizado é a posição ginecológica ou litotomia, ou seja, a mulher deve estar posicionada em decúbito dorsal, com pernas e elevação da cabeceira a 30°. Contudo, para alguns profissionais esta posição não é vinculativa deixando-se ao critério da parturiente a decisão sobre a posição que deseja adotar para parir. Houve, em contexto de estágio, um caso particular em que a parturiente desejava o parto natural. O seu plano de parto contemplava: a não autorização da administração de soros, de analgesia e de CTG contínua, e parir na posição de quatro apoios, decisão essa que foi respeitada sendo-lhe proporcionado o parto conforme idealizado.

A posição de litotomia usada por rotina no período expulsivo reduz a eficiência uterina e o fluxo sanguíneo placentário. Contudo, é a que se encontra descrita nos protocolos obstétricos (Amorim [et al.], 2010).

Numa revisão sistemática¹ que contou com 20 ensaios clínicos, Amorim [et al.] (2010), referem outras posições, nomeadamente as verticais ou laterais como as melhores a adotar para a diminuição da duração do segundo período de trabalho de parto e para a manutenção de uma frequência cardíaca fetal satisfatória. Estas razões deveriam incentivar o profissional de saúde a permitir a livre escolha do posicionamento a adotar pela parturiente, contudo, na maior parte das vezes, não foi o que se verificou, anulando a postura do profissional da saúde que encoraja e capacita de que tanto se ouve falar.

A fase do período expulsivo contemplou os cuidados ao períneo (com soro fisiológico), a colocação das proteções esterilizadas à volta dos membros inferiores e por baixo do períneo, a avaliação da frequência cardíaca fetal, até ao momento do nascimento da cabeça fetal, e a realização da episiotomia, quando necessária. Esta entende-se como o procedimento cirúrgico realizado no períneo da parturiente com o objetivo de facilitar a deflexão do pólo cefálico e a retirada do feto (Montenegro et Rezende, 2014; Lowdermilk et Perry, 2006), assim como nas situações de iminência de laceração do períneo. Depois do nascimento, coloca-se o RN ao nível da pelve materna e aspira-se a orofaringe quando necessária.

A manobra de Ritgen, entendida como a pressão bimanual no períneo que promove a lenta e progressiva saída da cabeça fetal, é descrita como uma manobra importante na prevenção de trauma perineal. No entanto, aparece referida no estudo mencionado por Amorim [et al.] (2010) como sendo prejudicial ao normal mecanismo do trabalho de parto. Apesar disso, na prática, considera-se que a sua correta execução pode conferir maior sustentabilidade ao períneo, além de permitir a deflexão da cabeça fetal no momento do nascimento.

O protocolo do serviço preconiza a laqueação tripla do cordão umbilical a todos os RNS após o nascimento, ou seja, coloca-se primeiro a pinça de Kocher junto à vulva, depois a pinça de Kocher a quatro centímetros do abdómen e, por fim, realiza-se a clampagem a três centímetros do abdómen. Mas para todos os casos foi realizada a laqueação dupla, colocou-se em primeiro lugar o clampe a três centímetros do abdómen do RN, e por fim a pinça de Kocher a quatro centímetros

¹ “Estudo secundário que reúne de forma organizada resultados de pesquisas clínicas de boa qualidade, com o objetivo de facilitar as decisões clínicas. Pode ou não ser acompanhada de metanálise, que é um método estatístico estatístico somatório dos resultados de dois ou mais estudos primários” (Oliveira, s.d, p.32).

do abdómen do RN. Reservando a laqueação tripla para os casos em que se pretendeu realizar uma gasimetria, ou seja, uma colheita do sangue umbilical para avaliação do seu pH (Campos [et al.], 2008). Um aspeto que se considerou importante, por se entender que proporciona um primeiro momento de interação e aproximação entre pais-filho, foi que a realização do corte do cordão umbilical fosse concretizada pela parturiente ou pelo seu acompanhante.

No pós-parto imediato, em alguns casos, realizou-se a colheita de sangue do cordão umbilical para a determinação do grupo sanguíneo fetal e para a criopreservação das células estaminais, e iniciou-se a perfusão ocitócica com vista a prevenção da hemorragia pós-parto.

A maior dificuldade sentida durante a realização dos primeiros partos foi entender o início da rotação externa realizada pela cabeça fetal, no momento do nascimento. Apesar de debatido nas aulas teóricas que a rotação externa da apresentação, por vezes, acontecia por si só, sem que para isso fosse necessário intervir, o que se verificou na prática é que esta acontecia, para alguns casos, de modo muito discreto o que fez com que emergissem dúvidas quanto ao lado para o qual este ocorreria. Contudo, a presente orientação por parte da enfermeira tutora de estágio permitiu que esta dificuldade fosse colmatada.

O carácter pouco intervencionista recomendado na componente curricular do curso no que toca à assistência ao parto, nem sempre é concretizável em certos casos, quer pelo facto de algumas mulheres possuírem um bloqueio loco-regional que as impossibilita de realizarem puxos eficazes, quer por essas não terem frequentado a preparação para o parto e, por isso não saberem como agir no ato de parir.

Em relação aos esforços expulsivos, Amorim M. [et al.] (2010) fazem menção a duas formas de abordagem pelo profissional da saúde: a precoce, realizada assim que completada a dilatação, e a tardia, realizada somente quando a parturiente sente vontade de puxar. Esses autores concluem que os puxos precoces diminuem a duração do período expulsivo, mas aumentam os riscos de partos instrumentados e de lesões do assoalho pélvico. Afirmam que a decisão da escolha do melhor momento para puxar deve ser inteiramente da mulher.

Durante o estágio observou-se, algumas vezes, a escolha do puxo precoce com resultados pouco benéficos para as parturientes, pois exigiu um esforço maior destas e de um maior cansaço, resultando na maior parte das vezes em partos instrumentados.

A recorrência a um parto instrumentado depende de fatores como o período expulsivo prolongado, a exaustão materna, emergências como o prolapso do

cordão, o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI), a frequência cardíaca fetal não tranquilizador e as condições obstétricas como as cardiopatias e eclâmpsia (Amorim [et al.], 2010).

Vivenciaram-se ainda, duas situações de distocia de ombros, situação em que após a saída da cabeça fetal não foi possível libertar os ombros com as manobras externas habituais de desencravamento dos ombros (Campos [et al.], 2008); uma situação de parto pélvico e algumas situações de aplicação de ventosa, ou seja, de aplicação de um instrumento de tração e flexão da cabeça fetal (Lourenço [et al.], 2012). Nestes casos, não foi possível realizar os partos pessoalmente. Entretanto, recebeu-se e prestaram-se os cuidados imediatos a cada RN.

Nos casos de distocia de ombros, foi possível observar a utilização da manobra de McRoberts, ou seja, a hiperflexão das coxas sobre o abdômen de modo a deslocar a sínfise púbica no sentido ântero-posterior, permitindo o aumento do diâmetro ântero-posterior da bacia e a exteriorização do ombro anterior (Campos [et al.], 2011). Somente o uso desta manobra conjugada com a pressão suprapúbica foram suficientes para reverter as distocias observadas.

Segundo o protocolo do serviço, os cuidados prestados ao RN, no momento do nascimento, foram a sua colocação sob fonte de calor, a secagem com lençóis aquecidos, a aspiração da orofaringe e fossas nasais na presença de secreções, a avaliação do índice de Apgar² que quantifica e sumariza a resposta do RN ao ambiente extrauterino (Guinsburg [et al.], 2000), a avaliação antropométrica (peso, perímetro cefálico e comprimento), a administração de vitamina K – Fitomenadiona, essencial para a coagulação sanguínea (Guinsburg [et al.], 2000), a administração de pomada oftálmica, para prevenção de infecções oculares, vestiu-se e manteve-se envolvido em lençóis quentes, para prevenção de hipotermia, “temperatura corporal reduzida, pele fria” (CIPE, 2010, p.58), a realização de pesquisa de glicemia capilar ao recém-nascido com peso inferior a 2500 gramas e superior a 4000 gramas, a observação nas primeiras duas horas pós-parto de sinais de dificuldade respiratória como gemido, adejo nasal, tiragem intercostal e cianose central (Guinsburg [et al.], 2000).

O índice de Apgar foi avaliado ao 1º, 5º e 10º minuto, após o nascimento, e permitiu aferir quanto da necessidade de reanimação do RN. Este compreende a avaliação da frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor da pele e mucosas. (Guinsburg et al, 2000).

² Virgínia Apgar (1909-1974)

Em contexto de estágio, durante a assistência ao RN, consideraram-se aspetos como: a verificação da presença de mecônio; a promoção do contacto pele a pele; a presença de tônus muscular adequado e de cor rosada da pele e mucosas. Apenas em dois dos casos observados foi necessária a administração de oxigénio ao RN. A propósito do contacto pele a pele, Amorim [et al.] (2010) descrevem-no como sendo um dos passos a seguir na assistência ao RN saudável. Estes autores acreditam que a sua promoção melhora os resultados neonatais, fazendo com que o RN apresente um choro mais vigoroso e maior estabilidade cardiorespiratória aumentando o sucesso da amamentação.

A assistência ao recém-nascido durante o estágio não constituiu qualquer dificuldade, visto tratar-se de uma prática diária realizada em ambiente profissional anterior ao mestrado.

1.2.1.3. A Dequitação

No que concerne à dequitação, esta corresponde ao terceiro período do trabalho de parto, o qual é caracterizado pela saída da placenta e dos anexos em três tempos, a saber: o descolamento derivado da retração do útero e das contrações uterinas; a descida em que a placenta desce do corpo do útero para o segmento inferior e migra para a vagina; a expulsão pelo mecanismo de Shultze ou seja, quando ocorre a inversão da parte central da placenta e a face que se apresenta é a fetal, ou de Duncan, ou seja, ao contrário do de Shultze a inversão da parte central da placenta não acontece e a face que se apresenta é a materna (Montenegro et Rezende, 2014).

Durante a dequitação o profissional da saúde pode adotar uma atitude passiva em que aguarda pacientemente para que esta ocorra sem qualquer intervenção, tracionando a placenta, só, quando já se encontra na vagina; ou uma atitude ativa através da tração controlada do cordão umbilical e administração de ocitocina (Graça, 2010; Beckmann [et al.], 2010; Lowdermilk et Perry, 2006). Em conformidade com a OMS (2009), estes autores defendem a adoção de uma atitude ativa durante o dequite para a prevenção das hemorragias pós-parto e da atonia uterina, realizando-se intervenções a fim de facilitá-lo. Para isso, estão recomendadas a administração de ocitocina, a tração controlada do cordão e a massagem uterina.

Para confirmar a eficácia desses procedimentos (passiva ou ativa) foi concedido em estágio a oportunidade de colocar ambas as situações em prática. Assim, pôde-se observar que para os casos em que a atitude assumida foi a

passiva, os tempos de formação do globo de segurança de Pinard, entendido como um processo de involução uterina que permite o seu retorno às condições pré-gestacionais (Santos et Caveião, 2014), assim como a homeostasia foram mais alargados do que na intervenção ativa onde a perda hemática vaginal foi francamente diminuta.

Sobre o manuseamento ativo da dequitação, Amorim [et al.] (2010) mencionam um estudo que evidencia uma redução da perda sanguínea no parto e de hemorragia pós-parto de 500 ml. Estes autores fazem referência a uma revisão sistemática que defendem uma redução de tempo, até seis minutos, para o período da dequitação, quando a extremidade do cordão umbilical não é clampada, permitindo a drenagem espontânea do sangue, tendo sido um procedimento adotado durante o estágio. No protocolo do serviço encontra-se descrito um período de uma hora após o nascimento para que a dequitação ocorra, desde que a perda hemática seja escassa e não haja comprometimento hemodinâmico (Campos [et al.], 2008).

Em relação a esta questão, em estágio, após verificar o descolamento da placenta através de sinais como: o aparecimento súbito de sangue, o útero subido no abdómen globoso e firme (sinal uterino), o cordão umbilical “alongado” (sinal do cordão umbilical) e o sinal de Kustner, avaliado através da realização de pressão supra púbica e a observação da retração do cordão umbilical (Graça, 2010). A presença de retração do cordão umbilical indica o não descolamento da placenta. Após a sua confirmação, realizou-se a sua extração por tração controlada do cordão umbilical seguido de rotações em torno do seu eixo de modo a permitir uma tração espontânea sobre as membranas, ainda, intra-útero e prevenir a retenção de restos membranares, sendo esta manobra designada por Manobra de Dublin (Graça, 2010). De seguida, passou-se à inspeção da placenta verificando-se: o número de vasos existentes no cordão umbilical, sendo considerado normal uma veia e duas artérias; quanto à integridade dos cotilédones devendo situar-se entre 15 a 20; o local de inserção do cordão umbilical, podendo este ser lateral, central ou marginal; e a integridade das membranas amnióticas, córion e âmnio (Graça, 2010).

Realizada a inspeção da placenta, reviu-se o canal de parto à procura de eventuais lacerações do colo uterino e das paredes vaginais e realizou-se a episiorrafia, ou seja, a reparação da incisão cirúrgica da fenda vulvar (Rezende, 2005), nos casos em que houve essa necessidade. A técnica de episiorrafia não demonstrou ser um procedimento difícil ou que tenha causado dificuldades, uma vez que em contexto de vida profissional anterior, a prática de técnicas de sutura foi uma constante.

Durante o estágio, por cinco vezes observou-se o descolamento da placenta pelo mecanismo de Duncan, mecanismo este que ocorre em apenas 25% dos casos, considerado responsável por maior perda hemática vaginal (Montenegro et Rezende, 2014; Graça, 2010).

A episiotomia, definida por Amorin [et al.] (2010) como sendo uma medida adotada para abreviar o período expulsivo e a diminuição do trauma perineal, não foi realizada por rotina, pois acarreta para a mulher um aumento da perda hemática, aumento do risco de lacerações perineais e o atraso na recuperação da atividade sexual. Esta foi realizada apenas nas situações em que o períneo da mulher se mostrou pouco extensível e quando se pretendeu abreviar o período expulsivo e/ou auxiliar nas intervenções obstétricas (Graça, 2010). A prática de sutura ficou, então, reservada aos casos de correções das episiotomias realizadas e de lacerações perineais.

A realização sistemática da episiotomia é atualmente tema de controvérsia em todo o mundo, pois não estão clinicamente comprovados os seus potenciais efeitos positivos para a mãe, como sejam a prevenção de lacerações perineais, a incontinência urinária e o prolapso genital (ACOG, 2002). A OMS (1996) sugere uma taxa ideal de episiotomia de 10%, constituindo uma realidade em muitos países europeus, e aconselha a sua realização apenas em situações de estado fetal não tranquilizador, de descida insuficiente da apresentação fetal e de risco de laceração do 3º grau, ou seja, de laceração que envolve a fúrcula, a pele perineal, a mucosa vaginal e o esfíncter retal (Graça, 2010).

Amorim [et al.] (2010) fazem referência a dois estudos que visaram avaliar a utilização da episiotomia de rotina e a seletiva. Concluem que a episiotomia seletiva está associada a uma menor necessidade de suturas, de trauma perineal e complicações na cicatrização. A realização da episiotomia é preconizada para o momento em que a apresentação fetal é visível e durante uma contração até um diâmetro de 3-4 cm. Quando realizada cedo demais pode resultar em hemorragia acentuada e quando tarde demais em comprometimento do assoalho pélvico e restantes estruturas (Rezende, 2005; Lowdermilk et Perry, 2006).

Nas situações em que se realizou a episiorrafia e/ou perineorrafia (reconstrução da laceração perineal) (Rezende, 2005), foi fundamental proceder à inspeção do canal de parto e ter em atenção a referência de dor perineal por parte da puérpera, procedendo ao seu adequado tratamento através da aplicação de frio local, ou de administração de analgésicos.

1.2.1.4. O Período de Hemóstase

Este é um período extremamente importante devido aos riscos de hemorragia pós-parto, ou seja, de perda sanguínea de volume superior a 1000 ml, ou redução do hematócrito superior a 10%, ou pela necessidade de transfusão sanguínea (Campos [et al.], 2011). São objetivos do período de hemóstase verificar o tônus do útero pós-parto, a perda hemática vaginal e o estado geral da mulher (Montenegro et Rezende, 2014; Lowdermilk et Perry, 2006).

As hemorragias pós-parto encontram-se descritas como precoces quando ocorrem nas primeiras 24 horas após o parto, e tardias quando ocorrem após as 24 horas e até seis semanas após o parto. As principais causas para as hemorragias precoces são a atonia uterina, entendida como a incapacidade do miométrio em se contrair ou permanecer contraído após a expulsão da placenta (80% dos casos), os traumatismos do trato genital e a retenção dos restos placentares. São causas para as hemorragias tardias a subinvolução uterina, a presença de fragmentos placentares e membranares e a endometriose crônica (Campos [et al.], 2011).

Assim, espera-se neste período, que o útero diminua gradativamente, após o parto, formando o globo de segurança de Pinard, ou seja, um útero de consistência firme relacionado com a constrição dos vasos parietais pelo miométrio bem contraído (Montenegro et Rezende, 2014). O órgão deve ser palpado para se avaliar a sua consistência que deve ser dura e a sua altura deve regredir em torno de 01 cm por cada dia. A palpação de um útero de consistência mole pode sugerir atonia uterina, condição que pode indicar hemorragia, causa frequente de morbimortalidade materna (Santos et Caveião, 2014).

Em estágio, avaliou-se concretamente a formação do globo de segurança de Pinard, a quantidade de sangue perdida nas primeiras duas horas pós-parto, os sinais vitais, a integridade da sutura de episiorrafia e a não formação de hematomas na linha de sutura. Durante este período realizou-se os cuidados perenais às puérperas, colocou-se o RN junto da mãe, permitindo o início da amamentação na primeira hora de vida, promovendo a vinculação mãe-filho, permitiu-se às puérperas a alimentação duas horas pós-parto, removeu-se o cateter epidural e esteve-se atenta à quantidade hemática perdida por via vaginal.

Após o parto é notório o grau de cansaço físico e emocional por parte da puérpera podendo estar alguns parâmetros alterados. Neste sentido, verificou-se para todos os casos, se a puérpera se encontrava hidratada, corada, consciente e vigilante, e na presença de desvios à normalidade prolongou-se o período de hemóstase até o melhor esclarecimento do seu estado.

1.2.2. As Posições Maternas durante o Trabalho de Parto e a sua influência nas Variedades Occipito-posteriores Fetais.

No âmbito da área de intervenção “Trabalho de Parto”, achou-se pertinente desenvolver uma pesquisa sobre uma temática relacionada com uma das práticas clínicas do EESMO, várias vezes observada em estágio. Assim, definiu-se como pergunta de pesquisa: *A posição materna durante o trabalho de parto influencia a variedade fetal?*

Para responder procurou-se reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca da atuação do EESMO sobre as posições adotadas pela parturiente, durante o trabalho de parto, para facilitar a rotação interna da cabeça fetal, das posições occipito-posteriores às occipito-anteriores, na expectativa de aprofundamento do conhecimento pessoal sobre esta matéria.

Sabe-se que as posições assumidas pela parturiente no trabalho de parto (de forma orientada ou intuitiva) enquadram-se numa prática milenar para facilitar o seu conforto perante a dor do trabalho de parto e o parto (Silva [et al.], 2007). Estas foram inicialmente assumidas pela mulher na busca de conforto, mas foram evoluindo para posições orientadas e clinicamente assistidas, onde os profissionais da saúde passaram a ter parte ativa na condução do processo de parto (Silva [et al.], 2007).

Com efeito, as posições ou posturas adotadas pela parturiente, durante o trabalho de parto, advém de posições assumidas na antiguidade em que a mulher procurava adotar posturas verticalizadas na hora de parir, momentos registados em pinturas e esculturas rupestres. No século XVII, em consequência da oferta de serviços de apoio especializados do ponto de vista clínico, estas evoluíram para posições de horizontalização associadas ao aparecimento dos cirurgiões obstétricos e a consequente marginalização das parteiras na assistência obstétrica (Silva [et al.], 2007).

A institucionalização dos processos de parir e nascer provocou uma série de mudanças no apoio à mulher e à sua família. É assim que muitas práticas que preservavam a autonomia, os valores culturais e a intimidade da parturiente e do seu contexto familiar, deram lugar a outras que valorizam a tecnologia, a medicalização e a intervenção (Mamede [et al.], 2007). Constata-se que tais mudanças não terão proporcionado melhorias na redução da morte materna e

neonatal. Pelo contrário, parecem ter contribuído para a desumanização da assistência conferida à mulher (Mamede [et al.], 2007).

Nos países em que o trabalho de parto e parto são monitorizados, como é o caso de Portugal, verifica-se com maior afluência a adoção de posições que facilitam a utilização de técnicas médicas e que conferem maior comodidade aos profissionais da saúde (Fernández, 2012).

Segundo Mamede [et al.] (2007), a posição de litotomia é a mais utilizada pelos profissionais de saúde, mantendo um enfoque intervencionista que subtrai à mulher a possibilidade de experienciar o parto como um processo fisiológico, diminuindo significativamente a sua autonomia no ato de parir. Mas, defende-se que o recurso à posição litotômica tradicional deveria acontecer somente para os partos vaginais operatórios por restringir a perfusão uteroplacentária, ou seja, a síndrome da hipotensão supina, podendo levar à acidemia fetal pela descida do pH sanguíneo em consequência da diminuição da excreção placentária de dióxido de carbono e acumulação de hidrogénio (Silva [et al.], 2007; Graça, 2010; Beckmann [et al.], 2010).

É assim que, perante as posições possíveis ou existentes a posição de litotomia surge como a posição de eleição para o trabalho de parto e parto “não fisiológico” associado à falta de mobilidade resultante da aplicação de analgesia por via epidural e de sistemas de monitorização contínua (Fernández, 2012). Mesmo assim, comparativamente com a posição de litotomia as posições verticais durante o parto parecem demonstrar vantagens, tanto do ponto de vista gravitacional, como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos, o que facilita a descida fetal e a ocorrência do parto (Mamede [et al.], 2007).

Nos últimos anos, para uma maior ligação entre o processo de apoio clínico, a autonomia e espontaneidade advinda da busca de conforto pela própria parturiente, tem-se vindo a desenvolver uma nova perceção sobre o efeito de determinadas práticas em obstetrícia, resultando no incentivo de práticas que permitam à mulher maior participação nas decisões do trabalho de parto e parto. Com isso, ocorre o voltar à dinâmica fisiológica do trabalho de parto e parto em substituição da atual dinâmica de apoio ao trabalho de parto e parto com carácter patológico, ou seja, clinicamente assistido (Mamede [et al.], 2007). A título exemplificativo, incentiva-se a deambulação e algumas posições espontâneas que podem ficar limitadas quando a parturiente está sujeita a intervenções obstétricas na fase ativa do trabalho de parto (Mamede [et al.], 2007).

O incentivo à deambulação e à alternância de posicionamento têm sido reapreciadas e indicadas como aspetos vantajosos e benéficos para a mulher e

para o feto (Mamede [et al.], 2007). Estas práticas constituem-se em evidências que permitem ajuizar sobre a liberdade de assunção de posições de maior conforto pela parturiente no trabalho de parto e parto, podendo ser vistas como formas de cuidado benéficas a serem encorajadas (Mamede [et al.], 2007). Especificamente retratam-se duas posições que são apontadas como as que maior influência apresentam na rotação da cabeça fetal: a de quatro apoios e o decúbito lateral.

Com efeito, as posições assumidas pela parturiente parecem ter uma relação direta com a rotação da cabeça fetal, durante o trabalho de parto (Fernández, 2012). Vários autores sugerem alternativas baseadas na mobilidade da bacia e alguns princípios físicos e anatómicos, confrontando-os com o conceito clássico de que a estrutura óssea é estática e fixa. Assim, através de técnicas radiológicas revelou-se que a bacia muda os seus diâmetros de acordo com as posições adotadas pelas mulheres, apresentando grande relevância na dilatação cervical e na progressão de trabalho de parto (Fernández, 2012).

A variedade occipitoposterior da cabeça fetal, durante a primeira fase do trabalho de parto, é a mais comum das posições anómalas e ocorre aproximadamente entre 10% a 34% dos casos (Coates, s.d). A persistência desta posição durante o trabalho de parto deve-se à não ocorrência da rotação interna da cabeça fetal (essencial para o nascimento), que persiste em 5% dos casos (Pearl [et al.], 1993 citado por Coates, s.d). A apresentação é cefálica, mas a região occipital da cabeça fetal mantém-se numa posição posterior relativamente à sínfise púbica da bacia materna, mantendo-a defletida e apresentando os seus maiores diâmetros, o que representa um desafio para os cuidados que se prestam no trabalho de parto (Pearl [et al.], 1993 citado por Coates, s.d).

Tal facto, reflete-se nos resultados maternos e do RN, aumentando o risco de complicações como, por exemplo, o trabalho de parto prolongado, a exaustão materna e/ou fetal, o parto instrumentado, as lacerações perineais e o parto por cesariana (Coates, s.d). Face às variedades occipitoposteriores é desejável que o processo de rotação da cabeça fetal aconteça involuntariamente. Mas sabe-se que a posição materna adotada durante o trabalho de parto parece influenciar a rotação interna da cabeça fetal para posições anteriores (Coates, s.d).

Essa posição é muitas vezes associada aos formatos anormais da bacia, apesar da causa direta ser desconhecida. Assim, em uma bacia androide o ângulo anterior do diâmetro ântero-posterior é estreito e a occipital tende a ocupar o ângulo posterior do diâmetro ântero-posterior, uma vez que oferece mais espaço. A forma oval da bacia antropoide, com o seu diâmetro transversal estreito, é favorável a uma variedade occipitoposterior direta (Coates, s.d). Segundo este autor, para se

detetar a variedade occipitoposterior da cabeça fetal é necessário proceder ao diagnóstico, com base em diferentes tipos de exames, cuja importância deve-se ao facto da persistência das variedades posteriores poderem resultar em complicações no momento do parto.

As complicações podem ser de ocorrência de um trabalho de parto estacionário (Coates, s.d); de lacerações perineais de 3º grau, causadas pelas intervenções realizadas; de traumas no RN quando associado ao uso de fórceps ou ventosa, semelhantes aos obtidos no parto em posições anteriores (Pearl [et al.], 1993 citado por Coates, s.d); ^{de} prolapso do cordão umbilical que pode ocorrer quando a apresentação da cabeça fetal está alta, combinada com a rotura prematura das membranas e com a posição anómala da cabeça fetal (Coates, s.d); de hemorragias cerebrais fetais devido à moldagem pouco favorável dos ossos da cabeça fetal, podendo causar hemorragia intracraniana (Coates, s.d).

Identificam-se os seguintes exames a realizar para a deteção da variedade fetal:

- o *exame abdominal* por norma efetuado nas consultas de rotina consiste na inspeção do abdómen onde é possível verificar uma depressão deste abaixo do umbigo, em resultado do espaço “morto” produzido entre a cabeça e os membros inferiores do feto. Na palpação o dorso fetal é dificilmente identificado, estando praticamente “colado” à coluna vertebral materna. Os membros podem ser sentidos dos dois lados da linha média. Na auscultação, os ruídos fetais são mais audíveis nos flancos onde se encontra o dorso fetal (Coates, s.d).
- o *exame vaginal*, efetuado durante o trabalho de parto, em que os achados dependem do grau de flexão da cabeça fetal, encontrando-se a fontanela anterior ou bregma orientada para a face anterior da bacia, a sínfise púbica e a fontanela posterior (lambdoide) para a face posterior da bacia (sacro), (Coates, s.d).
- a *ecografia* que, apesar de não ser um método básico de avaliação da posição fetal na rotina obstétrica, é o método de diagnóstico mais preciso e confiável, considerado ser o principal na avaliação dos resultados relacionados com as mudanças de posição por vários estudos (Fernández, 2012).

Em última análise, as posições adotadas pela parturiente parecem influenciar diretamente a modificação das posições fetais anómalas, a progressão do trabalho de parto, o conforto materno e fetal, assim como um desfecho positivo do parto, ou seja, o parto eutócico (Fernández, 2012). Segundo este autor, a posição mantida

pela mulher durante este período deverá ser uma escolha que envolve decisão pessoal na busca de comodidade, devendo o profissional de saúde que a assiste conhecer as vantagens e desvantagens de cada uma delas, bem como incentivar a sua livre escolha.

Face à dicotomia de posições assumidas por diversos autores, recorreu-se metodologicamente ao método de “Prática Baseada na Evidência”, para promover a discussão das perspectivas dos autores a que se teve acesso na construção de uma visão pessoal sobre “As Posições Maternas durante o Trabalho de Parto e a sua influência nas Variedades Occipito-posteriores Fetais”.

Entende-se a “Prática Baseada na Evidência” como “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar.” (CIPE, 2012, p.10).

Segundo a CIPE (2012), utilizar uma abordagem centrada na evidência, permite que os profissionais da saúde se questionem sobre como e quando devem mudar a sua prática, demonstrando que utilizam informação válida para a tomada de decisões. Isso para que estes profissionais sejam capazes de avaliar a sua prática e saber se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são adequados e aceites. Esta entidade define três elementos-chave no recurso à “Prática Baseada na Evidência”: a melhor evidência possível; as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde; a experiência, as competências e o juízo clínico do enfermeiro. Chama a atenção para a necessidade de ter consciência de que nem toda a evidência é igualmente útil e que a evidência resultante da investigação tem uma ponderação mais significativa no processo de tomada de decisão, uma vez que esta utiliza métodos sistemáticos na recolha e análise dos dados (CIPE, 2012).

Delinear a trajetória de uma “Prática Baseada em Evidências” compreende definir prioridades, reinvestir na avaliação clínica do cliente e disponibilizar tempo para investir na procura de resultados de pesquisa. A participação do cliente e a experiência do enfermeiro são fundamentais, uma vez que permitem a recolha de dados para determinar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem pautadas pelas melhores evidências científicas (Sastre et Solís, 2000 citado por Domenico et Ide, 2003).

O estudo baseado na evidência revela que no exercício profissional dos enfermeiros, cada vez mais, se exige novas atitudes, condutas e formas de pensar e agir. Este exercício profissional exige, do enfermeiro, compreender o impacto que os avanços científicos e tecnológicos apresentam na sua prática, com o objetivo de

validar conhecimentos e de produzir evidências que sustentem as intervenções mais confiáveis. Reforça-se a noção de que a tomada de decisão por estes profissionais deve ser pautada por princípios e conhecimentos científicos (Pedrolo [et al.], 2009). No entanto, os hábitos da prática podem impedir o profissional de atingir esses objetivos, uma vez que a prática de enfermagem é muitas vezes baseada em juízos, valores e fatores individuais (Hamer et Collinson 2005, citado por CIPE, 2012).

As “tomadas de decisões mal informadas são uma das razões principais pela qual os serviços poderão não funcionar de uma forma ótima e poderá contribuir para variações na prática que se traduzem em serviços menos eficientes, menos eficazes e desiguais” (CIPE, 2012, p. 9). Deste modo, os enfermeiros como o maior grupo profissional que presta cuidados de saúde têm assumido um papel fundamental ao reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática profissional (Graig et Smyth, 2004 citado por Pereira [et al.], 2012).

A “Prática Baseada na Evidência”, por um lado, leva os enfermeiros “ao encontro da obrigação e responsabilidade social da profissão, mas por outro mantém e aumenta a credibilidade da profissão entre as outras áreas disciplinares da saúde e através da construção de uma enfermagem baseada no conhecimento, influenciando as políticas de saúde” (Pereira [et al.], 2012, p. 56). A OE defende “que uma prática baseada em evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem” (Pereira, [et al.], 2012, pág. 57).

Enquanto estudante, reconhece-se a “Prática Baseada na Evidência” como um método importante de realização dos desafios profissionais. Prestar cuidados baseados na evidência científica mais atual (OE, 2003) é fulcral num contínuo investimento na aprendizagem. Acresce a facilidade com que, hoje em dia, a informação em saúde é disponibilizada o que torna relevante a capacidade do enfermeiro especialista, possuir competências que o permitam selecionar criteriosamente a literatura científica de entre os estudos, artigos e bibliografia disponíveis.

Para o estudo baseado na evidência acerca das posições maternas sobre as variedades occipito-posteriores, considerou-se o Modelo PICO (População Intervenção, Comparação e Outcomes), efetuou-se pesquisa e análise dos artigos selecionados com vista a obter resultados fidedignos e atuais. Na “Prática Baseada na Evidência” essas componentes são fundamentais no equacionamento metodológico da pesquisa e da construção da pergunta geradora da busca

bibliográfica de evidências (Santos [et al.], 2007).

Com esta orientação, promoveu-se a discussão dos artigos selecionados, os quais foram conseguidos mediante pesquisa com recurso aos motores de busca GOOGLE Scholar, Scielo, agregado de conteúdos científicos EBSCOhost, pesquisados nas bases de dados MEDLINE, Plus, PubMed e COCHRANE Library, bem como o índice científico CINAHL Plus. Para a recuperação de artigos relevantes foram utilizados os descritores em língua inglesa: maternal position, labour, parturition, childbirth, birthing position, occipitoposterior fetal position.

Perante os resultados obtidos da pesquisa para a seleção de artigos, tornou-se necessário definir os critérios de inclusão, que foram os seguintes: artigos publicados em português e em inglês; artigos disponíveis na totalidade; artigos que retratassem na íntegra a temática selecionada; utilização do método booleano e dos instrumentos operacionais, tendo sido elaboradas as seguintes frases: (maternal position in labour* OR maternal position during parturition* OR maternal position during childbirth) OR (birthing position*) AND (occipitoposterior fetal position in labour) e a adequação à pergunta sob o modelo PICO.

Da pesquisa, foram encontrados 47 artigos, dos quais, para esta discussão foram escolhidos quatro, cujo conteúdo versava particularmente os aspetos considerados para o desenvolvimento da compreensão pretendida sobre o tema. Foram cuidadosamente analisados os títulos, os resumos, a metodologia e o nível de evidência dos artigos.

Relembra-se que a temática em estudo foi a posição materna durante o trabalho de parto e a sua influência na variedade fetal. Como resultado deste filtro, foram escolhidos: uma revisão sistemática da COCHRANE; uma revisão sistemática da BIRTH e dois estudos randomizados³ controlados, abaixo identificados. Por fim, estavam encontrados os artigos científicos que serviriam de base à discussão pretendida e que se analisou, inseridos no quadro três que se segue, no qual constam as informações ordenadas por autor (es), ano de publicação do estudo, fontes, objetivo do estudo, metodologia, conclusões e nível de evidência.

³ “O estudo clínico randomizado (ECE) é uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para o cuidado à saúde. Apesar de algumas possíveis variações, baseiam-se na comparação entre duas ou mais intervenções, as quais são controladas pelos perquisadores e aplicadas de forma aleatórias em um grupo de participantes” (Sousa, 2009, p. 3).

Quadro 3: Sistematização de evidências da análise de quatro artigos científicos

Autor	Publicação	Objetivos	Metodologia	Conclusões	Nível de evidência
Hunter, Hofmeyt, Kulier (2009)	Jonh Wiley & Sons, Ltd	Avaliar os efeitos da posição de mãos e joelhos, adotada pela parturiente, no final da gravidez e/ou durante o trabalho de parto, quando a cabeça fetal está numa posição lateral ou posterior em comparação com a não intervenção	<p>Revisão sistemática da literatura</p> <p>Objeto - Comparação entre a posição materna de mãos e joelhos com posições de controlo (todas as outras exceto essa).</p> <p>População - mulheres com posições fetais laterais ou posteriores, no final da gravidez ou de trabalho de parto e mulheres com quaisquer posições fetais (prevenção).</p> <p>Amostra - 2749 mulheres.</p> <p>Três ensaios – com a seguinte distribuição da amostra:</p> <p>1) 100 mulheres organizadas em subgrupos de 20 mulheres, sendo 4 de intervenção e um de controlo. Neste estudo registou-se que a posição lateral ou posterior da cabeça fetal era menos provável persistir após 10 minutos na posição de mãos e joelhos em relação a uma posição sentada. O risco relativo (RR) foi de 0,26, e o intervalo de confiança de 95% (IC).</p> <p>2) ensaio sobre uma amostra de 2547 mulheres baseada na orientação de que deveriam assumir a posição de mãos e joelhos por 10 minutos duas vezes por dia, nas últimas semanas de gravidez. Considerou-se que não houve impacto sobre a posição da cabeça fetal no momento do parto ou em qualquer uma das outras gravidezes.</p> <p>3) ensaio sobre o uso da posição das mãos e joelhos no trabalho de parto, com 147 mulheres em trabalho de parto, a 37 ou mais semanas de gestação, com a variedade occipitoposterior do feto foi confirmada por ecografia. 70 Mulheres que foram randomizadas no grupo de intervenção assumiram a posição de mãos e joelhos por um período de pelo menos 30 minutos, em comparação com 77 mulheres do grupo de controlo, que não assumiu a posição de mãos e joelhos durante o trabalho de parto. Verificou-se que a redução das posições transversais ou occipitoposterior no parto não foram estatisticamente significativas. Contudo houve uma redução significativa da lombalgia.</p>	<p>O uso da posição de mãos e joelhos por 10 minutos, duas vezes por dia, para corrigir a variedade occipitoposterior da cabeça fetal no final da gravidez, não apresentou resultados significativos que a pudessem recomendar como uma intervenção incontestável.</p> <p>As mulheres podem adotá-la na busca de conforto.</p> <p>O uso de posições no trabalho de parto foi associado à redução das lombalgias.</p> <p>Acreditam que é preciso aumentar a amostra para se poder ter resultados mais conclusivos.</p>	I

Simkin (2010)	BIRTH	<p>Elaborar conceitos vigentes que orientam o trabalho de parto e a gestão do nascimento de um feto em variedade occipitoposterior.</p> <p>- Resumir evidências para esclarecer o estado da ciência.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p> <p>Este estudo foi realizado tendo por base pesquisas em revistas científicas, em obras em Enfermagem Obstétrica e em <i>sites</i> e outras consultas. Os vários conceitos predominantes em relação às variedades occipito-posteriores surgiram a partir deste corpo de literatura, conversas informais do autor com os cuidadores da maternidade e por elementos sistematizados com base no papel de “doula” numa variedade de configurações de nascimento.</p> <p>Os resultados da revisão indicaram: (1) as manobras no pré- natal podem rodar o feto em variedade occipitoposterior para anterior; (2) é possível detetar a variedade occipitoposterior do feto no período pré-natal; (3) um feto em posição anterior no início do trabalho de parto irá permanecer nessa posição ao longo do trabalho de parto; (4) lombalgias no trabalho de parto é um sinal confiável de um feto em variedade occipitoposterior; (5) o feto em variedade occipitoposterior pode ser identificado durante o trabalho de parto por meio de exame vaginal; (6) a ecografia é um método confiável para detetar a posição fetal; (7) as posições maternas facilitam a rotação do feto em variedade occipitoposterior; (8) a analgesia por via epidural facilita a rotação; (9) a rotação manual da cabeça do feto às posições anteriores melhora a taxa de partos occipito-anteriores.</p> <p>As perspectivas 1, 2, 3, 4, 5 e 8 têm pouco apoio científico ao passo que os conceitos 6, 7 e 9 são suportados prometendo evidências.</p> <p>Muitas das práticas obstétricas atuais em relação à variedade occipitoposterior não se revelaram satisfatórias, resultando na incapacidade de identificar e corrigir o problema e contribuíram para as altas taxas de partos cirúrgicos e partos traumáticos. O uso da ecografia para identificar a posição fetal é um método muito superior aos outros e tem o potencial de melhorar os resultados.</p>	<p>São precisos mais estudos para examinar a eficácia dos métodos obstétricos de identificação da cabeça na variedade occipitoposterior e o efeito de métodos promissores para rodar o feto (métodos de posicionamento simples e rotação digital ou manual).</p>	II
------------------	-------	--	--	--	----

Desbriere, Blanc, Le Dû, Renner, Carcopino, Loundou, e d'Ercole (2013)	Am J Obstet Gynecol	-Avaliar a eficácia da postura materna durante o trabalho de parto, sobre a prevenção da ocorrência da variedade occipitoposterior.	<p>Estudo randomizado controlado</p> <p>Incluindo 220 pacientes em trabalho de parto (com igual ou mais de 18 anos de idade) em trabalho de parto com igual ou mais de 36 semanas de gestação, com dilatação cervical de 3 cm, rotura de membranas e com feto único em posição occipitoposterior documentado, sendo o resultado pretendido: a rotação da posição occipitoposterior para a anterior.</p> <p>Três diferentes posições maternas foram escolhidas, após simulação e análise teórica do mecanismo de rotação num computador em 3 dimensões: a posição 1- mãos e joelhos; a posição 2 - decúbito lateral para igual lado da coluna vertebral do feto (por exemplo, a materna deverá ser para o lado esquerdo se a coluna vertebral fetal estiver à esquerda) com a perna inferior dobrada e a superior posicionada ao longo do eixo do corpo; a posição 3 – decúbito lateral sobre igual lado do dorso fetal, com um dos membros inferiores ao longo do eixo do corpo e o outro dobrado em aproximadamente para um ângulo de 90º, através do uso de um suporte para apoiar a perna.</p> <p>Os resultados indicaram que as taxas de rotação para as variedades anteriores no grupo de intervenção foram de 78,2% e no grupo de controlo de 76,4%. As taxas de parto instrumental e cesariana não foram significativamente diferentes entre o grupo de intervenção. Para o parto instrumental foram de 18,2% para o grupo de intervenção e de 19,1% e para o de controlo.</p> <p>Nos grupos de intervenção e de controlo as taxas de variedades de occipito-posteriores foram significativamente mais elevadas entre as mulheres que tiveram parto por cesariana, sendo 71,4% para o grupo de intervenção e de 89,5% para o grupo de controlo. Para o parto instrumentado, as taxas foram de 25% para o grupo de intervenção e 33,3% para o grupo de controlo, comparativamente com as mulheres que tiveram parto normal em que se registou a taxa de 5,8% para o grupo de intervenção e de 2,8% para o grupo de controlo.</p>	Não foi possível demonstrar benefícios maternos ou fetais no que concerne à gestão da variedade occipitoposterior da cabeça fetal para anterior, através do posicionamento materno.	II
--	---------------------	---	---	---	----

Kariminia, et Shea (2004)	BMJ	Avaliar a eficácia da posição mãos e joelhos e exercícios de rotação da bacia sobre a incidência da variedade occipitoposterior ao nascimento.	<p>Estudo multicêntrico controlado randomizado</p> <p>Contexto - 7 Maternidades em New South Wales, na Austrália, abrangendo hospitais Universitários.</p> <p>Objeto - A posição de mãos e joelhos e exercícios de rotação da bacia desde 37 semanas de gestação até ao parto.</p> <p>Amostra - 2547 mulheres grávidas com 37 semanas de gestação, sendo 1292 randomizadas para o grupo de intervenção e 1255 para o grupo de controlo.</p> <p>- 1046 mulheres no grupo de intervenção e 1209 mulheres no grupo de controlo permaneceram no estudo até entrarem em trabalho de parto.</p> <p>Não foi constatada nenhuma diferença significativa entre os dois grupos de mulheres perante apresentando-se os seguintes resultados: 105 totalizando 8,1% no grupo de intervenção e 98 totalizando 7,8% no grupo de controlo tiveram RNS em variedade occipitoposterior no parto.</p> <p>Incidência de obtenção de variedades fetais transversas foi de 3,4% em 44 mulheres no grupo de intervenção e 3,0% em 38 mulheres no grupo de controlo. Nenhuma diferença ocorreu entre os grupos de intervenção e de controlo com relação à recorrência de indução do trabalho de parto, uso de epidural, duração do trabalho de parto, tipo de parto, uso de episiotomia, ou índice de Apgar. a incidência da variedade occipitoposterior no momento do nascimento.</p>	A posição de quatro apoios e os exercícios de rotação da bacia, a partir das 37 semanas de gestação até ao parto, mostraram-se ineficazes no que toca à redução da incidência da variedade occipitoposterior no momento do nascimento	II
---------------------------	-----	--	--	---	----

Níveis de Evidência: I- Revisões Sistemáticas; II- Ensaios Clínicos Randomizados Controlados; III- Estudos de Corte; IV- Estudo caso-controle; V- Séries de Casos; VI- Relatos de Caso; VII- Pesquisas em Animais/Opinião de Especialistas/Pesquisas em Laboratório; (Cook [et al.], 1995 citado por Oliveira, 2010).

Os estudos realizados por Hunter, Hofmeyr, Kulier (2009), visando comparar a não intervenção com os efeitos da posição de quatro apoios -“hands and knees”- adotada pela parturiente, no final da gravidez e/ou durante o trabalho de parto, quando a cabeça fetal está numa posição lateral ou posterior, baseando-se numa revisão sistemática de literatura, a partir do estudo de três ensaios envolvendo 2749 mulheres.

O estudo dos ensaios foi constituído por uma amostra de 100 mulheres, divididas em cinco subgrupos de 20, sendo quatro subgrupos de intervenção e um subgrupo com a função de controlo e revelou-se que a ocorrência das variedades occipito posteriores são menos prováveis após persistência de 10 minutos na posição de quatro apoios comparada com a posição de sentada.

Um outro ensaio foi constituído por 2.547 mulheres que assumiram a posição de quatro apoios durante 10 minutos, duas vezes por dia, nas últimas semanas da gravidez, não apresentando qualquer efeito sobre a variedade fetal no momento do parto.

Um terceiro ensaio constituído por 147 parturientes com 37 ou mais semanas de gestação com a variedade occipitoposterior confirmada, por meio de ecografia. Destas, 70 pertenciam ao grupo de intervenção e adotaram a posição de quatro apoios por 30 minutos, durante o trabalho de parto, 77 pertencentes ao grupo de controlo não adotaram essa posição, durante o trabalho de parto. O estudo revelou que a redução das variedades occipito-posteriores, durante o parto, não apresentou resultados estatisticamente significativos.

Com efeito, através desses estudos, concluiu-se que a posição de quatro apoios por 10 minutos, duas vezes por dia, com a intenção de corrigir a variedade occipitoposterior da cabeça fetal no final da gravidez, não permitiu obter dados que a assegurassem cientificamente como uma intervenção capaz de produzir efeitos detetáveis para que possa ser recomendada como eficaz. No entanto, também concluíram que as mulheres podem adotá-la na busca de conforto, pois verificaram que esta estará associada à redução das lombalgias.

Face à situação de não ter sido possível chegar a uma conclusão absoluta sobre a influências destas posições na rotação da cabeça fetal, advogam que é preciso aumentar a amostra na procura de resultados mais conclusivos.

Simkin (2010) dedicou-se à elaboração de nove conceitos vigentes que orientam o trabalho de parto e a gestão do nascimento de um feto em variedade occipitoposterior e ao resumo de evidências para esclarecer o estado da ciência.

O estudo baseou-se numa revisão sistemática da literatura e envolveu pesquisa em revistas científicas, em obras de Enfermagem Obstétrica, em *sites* e outras consultas.

Essa revisão permitiu inferir, embora com pouco suporte científico, sobre as variedades occipito-posteriores e considerar: que as manobras no período pré-natal podem rodar o feto em variedade occipitoposterior para anterior; que é possível detetar a variedade occipitoposterior do feto no período pré-natal; que um feto com variedade anterior no início do trabalho de parto irá permanecer nessa variedade ao longo do trabalho de parto; que as lombalgias no trabalho de parto são um sinal confiável de um feto em variedade occipitoposterior; que o feto em variedade occipitoposterior pode ser identificado durante o trabalho de parto por meio de exame vaginal; que a analgesia por via epidural facilita a rotação. Igualmente permitiu o desenvolvimento de outras noções prometendo evidências, a saber: a ecografia é um método confiável para detetar a posição fetal; as posições maternas facilitam a rotação do feto em variedade occipitoposterior; a rotação manual da cabeça do feto às variedades anteriores melhora a taxa de partos occipito-anteriores.

Os resultados asseguraram: que as práticas obstétricas em relação à variedade occipitoposterior não foram satisfatórias para identificá-la e corrigi-la, refletindo-se nas altas taxas de partos cirúrgicos e partos traumáticos; que o uso da ecografia para identificar a variedade fetal revelou-se como um método superior aos demais e com potencial em obter melhores resultados; que serão necessários mais estudos que possam apoiar a análise da eficácia dos métodos obstétricos na identificação da cabeça na variedade occipitoposterior e o efeito de métodos promissores para rodar o feto.

Desbriere, Blanc, Le Dû, Renner, Carcopino, Loundou, e d'Ercole (2013), realizaram um estudo randomizado controlado, com o fim de avaliar a eficácia da posição materna durante o trabalho de parto e a prevenção da persistente da variedade occipitoposterior. Escolheram uma amostra de 220 pacientes com idades igual ou superior a 18 anos, em trabalho de parto com 36 ou mais semanas de gestação, com dilatação cervical de 3 cm, rotura de membranas e feto único em variedade occipitoposterior documentado, com ênfase na rotação das variedades occipito-posteriores para as anteriores. Formaram-se dois grupos: um de controlo com 110 mulheres e outro de intervenção com o mesmo número.

Tendo por base três diferentes posições maternas, para o grupo de intervenção, realizam uma simulação seguida de análise teórica do mecanismo de rotação num computador em 3 dimensões: 1) mãos e joelhos envolvendo 15 mulheres; 2) decúbito lateral para igual lado da coluna vertebral do feto, com a perna

inferior dobrada e a superior posicionada ao longo do eixo do corpo, envolvendo 86 mulheres; 3) decúbito lateral sobre igual lado do dorso fetal, com um dos membros inferiores ao longo do eixo do corpo e o outro dobrado em, aproximadamente, um ângulo de 90° com o uso de um suporte para apoiar a perna, envolvendo 9 mulheres.

Os resultados indicaram que as taxas de rotação para as variedades anteriores no grupo de intervenção foram de 78,2% e no grupo de controlo de 76,4%. As taxas de parto instrumental e cesariana não foram significativamente diferentes entre o grupo de intervenção. Para o parto instrumental foram de 18,2% para o grupo de intervenção e de 19,1% para o de controlo. Nos grupos de intervenção e de controlo as taxas de variedades de occipito-posteriores foram significativamente mais elevadas entre as mulheres que tiveram parto por cesariana, sendo 71,4% para o grupo de intervenção e de 89,5% para o grupo de controlo. Para o parto instrumentado, as taxas foram de 25% para o grupo de intervenção e 33,3% para o grupo de controlo, comparativamente com as mulheres que tiveram parto normal em que se registou a taxa de 5,8% para o grupo de intervenção e de 2,8% para o grupo de controlo.

Ainda, apurou-se numa análise multivariável, que o índice de massa corporal e a paridade parecem ter impacto significativo sobre a rotação da cabeça fetal.

Este estudo não permitiu demonstrar benefícios maternos ou fetais no que concerne à gestão da variedade occipitoposterior da cabeça fetal para anterior, através do posicionamento materno.

Kariminia, et Shea (2004), com vista a avaliar a eficácia da posição de quatro apoios e exercícios de rotação da bacia sobre a incidência da variedade occipitoposterior no momento do nascimento, realizaram um estudo multicêntrico controlado randomizado em 7 Maternidades em New South Wales, na Austrália, que abarcou hospitais Universitários.

O estudo teve como foco a posição de mãos e joelhos e exercícios de rotação da bacia desde 37 semanas de gestação até ao parto. Envolveu 2.547 mulheres grávidas com 37 semanas de gestação, destas 1.292 randomizadas para o grupo de intervenção e 1.255 para o grupo de controlo. 1.046 mulheres do grupo de intervenção e 1.209 mulheres do grupo de controlo permaneceram no estudo até entrarem em trabalho de parto.

Não foi constatada nenhuma diferença significativa entre os dois grupos de mulheres perante a incidência da variedade occipitoposterior no momento do nascimento, apresentando-se os seguintes resultados: 105 totalizando 8,1% no grupo de intervenção e 98 totalizando 7,8% no grupo de controlo tiveram RNS em variedade occipitoposterior no parto. A incidência de obtenção de variedades fetais

transversas foi de 3,4% em 44 mulheres no grupo de intervenção e 3,0% em 38 mulheres no grupo de controle.

Nenhuma diferença significativa ocorreu entre os grupos de intervenção e de controle em relação à recorrência de indução do trabalho de parto, uso de analgesia por via epidural, duração do trabalho de parto, tipo de parto, uso de episiotomia ou índice de Apgar. Assim sendo, concluíram que a posição de quatro apoios, assim como os exercícios de rotação da bacia a partir das 37 semanas de gestação até ao parto, mostraram-se ineficazes no que toca à redução da incidência da variedade occipitoposterior no momento nascimento.

Pelo exposto, percebe-se pelas conclusões dos estudos considerados, no desenvolvimento do tema em análise, que não foram apurados resultados que revelassem evidências significativas que possam indicar de forma indiscutível que as posições maternas, durante o trabalho de parto, tenham relação direta com as variedades occipito-posteriores, no sentido de facilitar a rotação da cabeça fetal para as variedades occipito-anteriores.

Contrariamente, Fernández (2012) e Coates (s.d.) que defendem a ideia de que as posições em decúbito lateral e em quatro apoios são as que apresentam maior eficácia na rotação da cabeça fetal, por serem as que conferem maior conforto para a parturiente. Além disso, apresentam grande vantagem no sentido de suavizar o efeito das lombalgias causadas pelas contrações uterinas.

Em suma, assume-se que a pesquisa efetuada foi inconclusiva, alertando para a necessidade de se procurar outras evidências científicas que permitam concluir com propriedade sobre a eficácia das posições adotadas pela mulher durante o trabalho de parto. Com isso, sente-se a necessidade de realizar novos estudos e de maiores dimensões, neste âmbito, de entre outras temáticas igualmente relevantes para a formação profissional enquanto EESMO. Esta pesquisa baseada na evidência, adicionalmente, permitiu perceber as dinâmicas inerentes ao método científico e a constante necessidade da sua utilização numa prática clínica fundamentada.

Naturalmente, a procura de conhecimentos pelo EESMO insere-se nas dinâmicas de atuação que se desejam consistentes e integradas para uma abordagem junto das grávidas, das parturientes, das puérperas e suas famílias que confira segurança e garantia de cuidados envolvendo mãe e RN.

CUIDAR III: A MULHER E O PERÍODO PÓS NATAL

No momento em que a criança nasce a mãe também nasce. Ela nunca existiu antes. A mulher existia mas a mãe, nunca. Uma mãe é algo absolutamente novo
(Osho, s.d.)

1.3. O Período Pós Natal

O puerpério embora seja um evento biológico normal, não deixa de ser um período em que a saúde da mulher pode ser afetada. Este período tem início após o parto e termina seis semanas depois, ocorrendo uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez (Graça, 2010). Compreende o *Puerpério imediato* ou período correspondente às primeiras 24 horas, o *Puerpério precoce* até ao final da primeira semana e o *Puerpério tardio* até ao final da sexta semana (Graça, 2010).

A assistência pós natal é considerada essencial para a identificação de problemas de saúde da mulher (OE, 2011). As primeiras duas horas após o parto são um tempo crucial para a mãe, pois os órgãos maternos passam pelo processo de reajustamento inicial para o estado não gravídico e os sistemas orgânicos começam a estabilizar (Lowdermilk et Perry, 2008).

Assim, como no módulo anterior sobre a “A Mulher e o Trabalho de Parto e Parto”, o relato das experiências vivenciadas em contexto de estágio, neste módulo, encontra-se descrito ao longo dos três focos de atenção de enfermagem: Recuperação, Amamentação e Papel Parental. Por último, reserva-se o ponto sobre a preparação para a alta pela pertinência dos assuntos abordados neste âmbito.

1.3.1. A Amamentação

A amamentação é entendida como o “padrão alimentar ou de ingestão de líquidos. Alimentar uma criança oferecendo leite materno” (CIPE, 2010, p.39) e constituiu o segundo foco de atenção em estágio. A Lactação enquanto processo cíclico de síntese e secreção de leite requer uma integridade funcional do eixo hipotálamo-hipofisário, sendo a prolactina a hormona responsável pela produção de leite e a ocitocina a hormona responsável pela ejeção do leite (Graça, 2010).

Nas primeiras 24 horas após o parto, existe pouca ou nenhuma alteração do tecido mamário. As mamas apresentam colostro (amarelado) nos primeiros três dias após o parto. É rico em proteínas, gordura, sais minerais, vitaminas, glicose e anticorpos. Gradualmente as mamas vão-se tornando mais cheias à medida que o colostro passa a leite (branco), entre 72 a 96 horas após o parto. Tornam-se mais

quentes, tensas e hipersensíveis, o tecido mamário pode apresentar consistência nodular ou massas (ductos cheios de leite) (Lowdermilk & Perry, 2008).

Em relação à vigilância das mamas e mamilos, esteve-se atenta à presença de secreção, temperatura, edema, aspeto e integridade da pele. Verificou-se a existência de proeminência/inversão, fissuras ou rubor nos mamilos. Para os casos observados de mamilos invertidos providenciou-se mamilos de silicone e auxiliou-se na pega.

Durante o período de amamentação podem ocorrer fissuras mamilares que na maioria dos casos são causadas por uma técnica de amamentação inadequada, sendo importante para a sua prevenção manter os mamilos secos e íntegros. Não é aconselhado o uso de protetores de mamilos, salvo raras exceções, uma vez que podem exacerbar as lesões ou serem a sua causa. Perante a constatação de lesões dolorosas, em contexto de estágio, recomendou-se o descanso da mama afetada entre 24 a 48h, tempo considerado suficiente para promover a cicatrização das fissuras, sendo que durante esse período a mama foi esvaziada regularmente (Campos [et al.], 2008).

Quanto a medidas de prevenção, informou-se sobre a prática da amamentação com a técnica adequada, indicando a necessidade de manter as mamas secas, expondo-as ao ar ou à luz solar e amamentar com frequência. Desaconselhou-se o uso de protetores de mamilo, o uso de sabões, álcool ou qualquer outro produto secante nos mamilos. Nos casos em que se verificou a presença de mamilos macerados/fissurados apoiou-se a extração de leite antes de a puérpera amamentar o RN, instruiu-se sobre a técnica de amamentação, aconselhou-se a alternância de posicionamento durante as mamadas, incentivou-se a amamentação com frequência. Informou-se, ainda, sobre a necessidade de aplicar colostro nos mamilos após as mamadas, sobre a utilização de protetores de mamilos entre as mamadas e sobre a utilização de analgésicos para o alívio da dor (Campos [et al.], 2008).

Adicionalmente vigiou-se a posição materna durante a mamada, a posição do recém-nascido e a pega, tendo-se verificado que a maior parte das mulheres, mesmo aquelas que não eram mães pela primeira vez, apresentavam dificuldades na adoção de uma posição correta para amamentar e para o correto posicionamento do RN para mamar.

O ingurgitamento mamário que tem início gradual, é bilateral, e no qual as mamas se apresentam tensas e quentes, pode ocorrer entre o 3.º/4.º dia pós-parto, e por norma está associado à subida de leite (Campos [et al.], 2008). Este resulta da acumulação do leite e do edema resultante da obstrução da drenagem linfática

causada pelo aumento da vascularização e do enchimento dos alvéolos. A pele das mamas apresenta-se ruborizada e brilhante, a puérpera refere percepção de dor generalizada e não apresenta febre ou ligeira elevação da temperatura corporal durante 24 horas (Campos [et al.], 2008).

Observou-se somente um caso em que foi necessário intervir aconselhando-se a puérpera a amamentar o RN com mais frequência, a aplicar compressas quentes ou a efetuar duche de água morna conjugado com massagem às mamas para melhorar o fluxo de leite, através de movimentos circulares e em direção ao mamilo, antes das mamadas, a aplicar compressas frias após a mamada e a extrair manualmente o leite após a mamada (Campos [et al.], 2008).

A promoção da amamentação é importante, pois são grandes os seus benefícios a curto e a longo prazo. Segundo Campos [et al.] (2008) a amamentação permite: a redução da mortalidade infantil; a redução da morbidade por diarreia; infeções respiratórias e outras infeções; a redução da taxa de hospitalização; a proteção contra alergias; a possível proteção contra a obesidade, hipertensão, hipercolesterolémia, doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerosa, diabetes mellitus, linfoma, doença de Hodgkin e leucemia; uma melhor nutrição; um melhor desenvolvimento cognitivo; um melhor desenvolvimento motor-oral; a proteção contra o cancro da mama, ovário e diabetes mellitus tipo 2; tem um efeito anticoncepcional; um menor custo e promove o vínculo afetivo entre a puérpera e o RN.

Em estágio apenas se presenciou dois casos em que as mães se recusaram a amamentar. Apesar de se acreditar que o leite materno é o alimento ideal para o RN respeitou-se, acima de tudo, as crenças e valores de cada puérpera e providenciou-se leite artificial para as situações em que esta recusou amamentar.

1.3.2. A Recuperação

Definida pela CIPE (2010, p. 71) como o “readquirir força, restabelecer a saúde, condição normal ou modo de vida”, compreende o conhecimento da puérpera sobre os lóquios, a involução uterina, os cuidados de higiene, os sinais de infeção da ferida cirúrgica, a aprendizagem de capacidades sobre involução uterina, sobre a importância da 1ª micção espontânea e da deambulação/levante.

A involução uterina diz respeito ao retorno do útero ao estado não gravídico e inicia-se de imediato, após a expulsão da placenta com a contração do músculo liso uterino. A subinvolução remete para a incapacidade do útero em retornar ao seu

estado não gravídico. As causas mais comuns apresentadas são a retenção de fragmentos placentares e a infecção (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008). Nas primeiras 12 horas após o parto, espera-se que o útero se encontre um centímetro acima do umbigo. Nas 24 horas seguintes na região peri umbilical, com um tamanho idêntico ao das 20 semanas de idade gestacional (IG). A cada 24 horas regride cerca de um a dois centímetros, sendo que no fim da 1ª semana, deverá situar-se acima da sínfise púbica, com o mesmo tamanho das 12 semanas de IG. No 9º dia já não é palpável. E, entre 4ª e a 6ª semana, readquire o seu tamanho habitual (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008).

O processo de involução uterina é afetado pelo tipo de parto, pelo volume uterino (sendo superior nas mulheres submetidas a cesariana), pela paridade (sendo o volume uterino superior nas múltiparas) e pela amamentação (sendo superior nas mulheres que não amamentam) (Graça, 2010).

Os lóquios dizem respeito à expulsão vaginal de sangue e tecido decidual necrótico (ferida placentária) durante o puerpério e podem ser de três tipos: *Lochia rubra* (hemáticos); *Lochia serosa* (serohemáticos); *Lochia alba* (serosos) (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008).

Os lóquios hemáticos ocorrem nos primeiros dias após o parto e são constituídos pelos eritrócitos, fragmentos de decídua (camada superficial) e restos de tecido trofoblástico. Os lóquios sero-hemáticos ocorrem a partir do 3º/4º dia e são serosos e acastanhados/rosados, constituídos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares. Os lóquios serosos ocorrem após o 10.º dia e têm uma coloração amarelada e aspeto mucoide e espesso e são constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias e duram entre 10 a 14 dias (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008). Durante o período de recuperação, os lóquios possuem habitualmente um cheiro de fluxo menstrual normal, pelo que um odor desagradável é normalmente sinal de infecção. A sua quantidade pode ser escassa, moderada ou abundante. A passagem de lóquios escassos a abundantes pode significar a presença de hemorragia (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008).

No que respeita à involução uterina, em estágio, teve-se em conta, no momento da palpação do útero, que este pode estar contraído ou não contraído. Quando contraído compreende três fases: contraído zona supra umbilical; contraído zona peri umbilical; contraído zona infra umbilical (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008). Para a realização do procedimento, é importante garantir que a puérpera tenha verificado o esvaziamento vesical, pois a bexiga distendida pode levar à subida do fundo uterino para um nível acima do umbigo, dificultando a avaliação. Estas explicações foram oportunamente dadas às puérperas, bem como o posicionamento

a adotar durante a avaliação, devendo ser em decúbito dorsal com os joelhos fletidos e sem almofada.

A técnica de palpação uterina pressupõe a colocação de uma mão imediatamente acima da sínfise púbica e a outra a nível do umbigo para estabilizar o útero. Com a mão que se encontra sobre a sínfise púbica, deve-se fazer pressão em direção ao abdômem, até encontrar o fundo uterino. Por fim, realiza-se a massagem uterina através de movimentos suaves (Graça, 2010; Lowdermilk et Perry, 2008).

No processo de recuperação, pode ocorrer o aumento do tamanho da bexiga por retenção urinária, o que pode resultar em casos de atonia uterina, conceito explicado no trabalho de parto durante as primeiras horas após o parto. A eliminação urinária foi um aspecto a considerar, nos casos atendidos durante o estágio, tendo sido avaliada a cada 4 horas, durante o primeiro dia de puerpério a cada puérpera (Johnson, 2012). Teve-se como intervenção a promoção da micção espontânea, que deve acontecer dentro de 6 horas após o parto (Freitas, 2001; Montenegro et Rezende, 2007). Regista-se que neste quadro não se verificaram casos de retenção urinária.

O 1º levante/deambulação deverá ocorrer até às 12 horas após o parto, assim que a mulher sentir vontade e deixar de sentir bloqueio loco-regional relacionado com a técnica analgésica ou anestésica utilizada (Graça [et al.], 2010). A sua importância prende-se com o risco de comprometimento vascular, implicando que recomendasse a mobilização ativa, no leito, dos membros inferiores a todas as puérperas, por contribuir para a diminuição da incidência de fenómenos tromboembólicos e por melhorar a função intestinal após o parto (Montenegro et Rezende-Filho, 2007; Graça [et al.], 2010). Para a realização do primeiro levante teve-se em conta aspetos como a avaliação da TA e o acompanhamento da puérpera ao WC. Informou-se, ainda, todas as puérperas que a deambulação precoce após o parto é extremamente importante e envolve inúmeros benefícios como sejam: a promoção da involução uterina, a não acumulação dos lóquios no útero, um melhor funcionamento da bexiga, do intestino, da circulação sanguínea e a prevenção da ocorrência de trombose venosa (Lowdermilk et Perry, 2006).

Em relação ao processo de cicatrização da ferida cirúrgica, também se teve o cuidado de informar as puérperas que a cicatrização da ferida perineal ocorre normalmente entre a 2ª e 3ª semana pós parto e que o fio de sutura é reabsorvível não exigindo, por isso, remoção (Lowdermilk et Perry, 2008). Informou-se sobre os sinais inflamatórios como calor, rubor, dor, sensibilidade, tumefação, prurido e cheiro fétido (Lowdermilk et Perry, 2008) e os cuidados a ter com a ferida cirúrgica. Nesse sentido, comunicou-se que esta devia permanecer limpa e seca, que a lavagem das

mãos antes e após a limpeza do períneo seria essencial, assim como a mudança regular dos pensos higiênicos sempre que urinar/evacuar ou, pelo menos, quatro vezes por dia. Que a higiene da região perineal deveria ser realizada no sentido sínfise púbica para o ânus (ântero-posterior) para evitar a infecção por arrastamento das fezes do ânus para a vagina (Lowdermilk et Perry, 2008).

1.3.3. O Papel Parental

Definida pela CIPE (2010, p. 66) como “papel de membro de família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inadequados do papel dos pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”, este foi o foco que se revelou mais exigente durante o estágio, não só pela panóplia de temas abordados junto aos pais, mas também pela tentativa de compreender alguns comportamentos observados.

O nascimento de um filho, principalmente o primeiro, tem grande impacto na vida dos pais e das famílias. Apesar de desejado e esperado, o início de vida de um RN inicia um processo irreversível que altera decisivamente a identidade, os papéis e funções dos pais e famílias. Este processo de mudança exige um período de reajustamento durante o qual o RN adquire seu espaço e as relações entre os membros são redefinidos (Yunes, 2003).

Nesta perspetiva ser mãe ou ser pai é considerado um dos eventos mais marcantes na vida de um adulto podendo dizer-se mesmo que é a etapa desenvolvimental que “acarreta mais mudanças no ciclo de vida da família do que qualquer outra etapa” (Cardoso, 2011, p. 21). Se, por um lado, a família pode ser capaz de adotar estratégias de *coping* eficazes, por outro poderá passar por um período de descompensação (McCubin et Paterson, 1983, citado por Martins, 2013), descrito como de confusão e desequilíbrio próprios da transição para a parentalidade (Lowdermilk et Perry, 2008).

A transição para a parentalidade comporta inúmeras mudanças na vida conjugal, implicando a interiorização de novos papéis e a reestruturação de papéis antigos. Neste sentido, o relacionamento conjugal vai ser desafiado. É óbvio que as mudanças conjugais necessárias à entrada de uma criança na família dependem da

forma de organização prévia de um casal. De qualquer forma, o casal tem que reajustar a sua relação, no plano afetivo, de rotina diária e de relacionamento sexual, sendo para isso necessário flexibilizar a aliança conjugal, para formar a aliança parental (Martins, 2013).

A parentalidade é entendida por “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” CIPE (2011, p.66).

Trata-se de uma etapa de vida dos indivíduos que exige (re)adaptação dos pais. A integração de um novo membro na família, o tornar-se pai ou tornar-se mãe são transições ou processos do ciclo vital que, não só, “exige a aprendizagem inerente aos cuidados à criança, mas igualmente (...) a reorganização individual, conjugal e profissional” (Cardoso, 2011, p. 34), obrigando ao (re)ajuste dos papéis familiares (Colman et Colman, 1994; Relvas, 2004, citado por Martins, 2012). Ser pai ou ser mãe caracteriza-se pela vivência de um período de incertezas e desafios, envolvendo a necessidade de acesso a novos recursos e a flexibilidade para lidar com o imprevisível.

É importante perceber que o puerpério constitui um período de elevado risco para a saúde mental da mulher e que esta poderá estar sujeita a resolver tarefas desenvolvimentais e a viver crises que implicam a reorganização e uma adaptação a um conjunto de mudanças, quer a nível biológico (com a diminuição de estrogénios e progesterona e aumento de prolactina), quer a nível psicológico (com a identidade materna), ou até a nível conjugal (no papel parental e familiar). Este quadro pode resultar no desenvolvimento e na aquisição de novas competências psicológicas e sociais e/ou num desequilíbrio (Canavarro, 2001).

Com este entendimento, é perfeitamente compreensível que tanto a mulher como o seu companheiro passem por um momento extremamente stressante e potenciador de alguns comportamentos menos esperados, em resposta a situações de ansiedade. A tendência cada vez mais presente de adiar a conceção de um filho remete para o facto dos cônjuges, se mostrarem cada vez mais receosos e com um défice generalizado de conhecimento sobre os cuidados a prestar ao RN (Koehn, 2003; Rosa et Chitas, 2010, citado por Cardoso, 2011). A par disso, a emancipação da mulher e a sua dedicação ao trabalho fora de casa, entre outras questões, têm vindo a ter algum impacto na decisão de conceber filhos, diminuindo o número de

vivências com RNS, diferentemente do que acontecia antigamente, quando se dedicava exclusivamente aos filhos e ao lar.

Efetivamente, a inserção das mulheres no mundo do trabalho remunerado e na esfera pública veio influenciar a estrutura e a organização familiar e consequentemente o conceito de maternidade (Koehn, 2003; Rosa et Chitas, 2010, citado por Cardoso, 2011). Pode-se afirmar que a transição de um modelo tradicional de maternidade em que a mulher é definida essencial e exclusivamente como mãe, com grande número de filhos evoluiu, nas sociedades ocidentais, para um modelo moderno de maternidade onde a mulher, no âmbito da consolidação da sociedade industrial, tem outros papéis sociais e tem a possibilidade de opção por um número reduzido de filhos, devidamente planeados (Scavone, 2001). Facto que apesar de positivo e de ter contribuído para a valorização do papel da mulher na sociedade faz com que se adie, cada vez mais, o tornar-se mãe. Em contexto de estágio, os ensinamentos em relação a este foco foram vários e várias vezes reforçados, até mesmo para os pais com mais de um filho.

Os ensinamentos relacionados com o lidar com o RN são explanados a seguir. O banho do RN é um ritual de prazer mais que uma necessidade (Siegfried, 1995). Os seus benefícios não foram comprovados, pois segundo Bowden et Greenberg (2005) para o RN, dois a três banhos por semana são suficientes, pelo que a frequência do banho deverá ir ao encontro das necessidades individuais e dos valores de cada família (Olívia et Salgado, 2003). O banho pode ser dado em qualquer altura do dia, devendo ser evitado a seguir às refeições, pois o manuseamento excessivo do RN pode provocar regurgitação (Cardoso, 2008). Raising Children Network (2014) defende que o momento adequado para se dar banho é aquele que se adequa ao ritmo natural do RN, ou seja, se o banho tem um efeito relaxante, poderá ser dado à noite para facilitar a transição para o sono e proporcionar uma noite mais descansada. Mas se, por outro lado, o banho tem um efeito estimulante ou se o RN não gosta de o tomar, este poderá ser dado durante o dia.

A primeira etapa do banho deve consistir em preparar as condições e reunir o material necessário. Não é necessário que o banho seja dado na casa de banho. Os pais podem optar pela divisão da casa que considerarem mais confortável para o fazer. O ambiente deve manter-se normotérmico para prevenir perdas de calor durante o banho. A temperatura do local do banho deve rondar os 20°C a 22°C e deve garantir-se que não há correntes de ar (Cardoso, 2008).

Por sua vez, a temperatura da água deve rondar os 36°C a 37°C (Cardoso, 2008; Raising Children Network, 2014), sendo que para confirmar a mesma, devem utilizar um termómetro, o cotovelo ou a face interna do punho, mantendo a mesma

temperatura entre a água e o corpo. Em contexto de estágio, para preparar a água do banho começou-se por colocar primeiro a água fria e só depois a água quente, até atingir a temperatura pretendida. O material necessário para o banho foi reunido antes de despir o RN. O material foi sempre colocado próximo da banheira de modo a garantir o seu acesso rápido e fácil, rentabilizando o tempo e prevenindo que o RN ficasse despido durante mais tempo que o necessário. A instrução para manter o acesso fácil aos materiais é uma forma dos pais garantirem a segurança (Raising Children Network, 2014), pois previne a probabilidade de deixarem o RN sozinho em algum momento.

Um dos aspetos mais importantes na limpeza da pele é a preservação da sua camada ácida, formada pela queratina superficial da epiderme, pelo suor, pela gordura superficial, pelos produtos metabólicos e pelas substâncias externas (como o líquido amniótico e microrganismos) (Lowdermilk et Perry, 2008). Muitos produtos de higiene infantil têm substâncias potencialmente tóxicas e prejudiciais à pele do RN. Nem mesmo rótulos contendo frases como *dermatologicamente testado* ou *pH balanceado* ou *ingredientes naturais ou orgânicos* garantem a segurança do produto (Fernandes, 2011; Oliveira et Machado, 2011). Por isso, os pais devem ler atentamente os rótulos dos produtos e ter conhecimento dos ingredientes a evitar, como por exemplo: Sódio laurel sulfato (SLS) que é um potente irritante da pele e que danifica a barreira lipídica, causa inflamação e descolamento das camadas da pele; parabenos, encontrados em loções e champôs para RNS e também em toalhas de limpeza. Também devem ser evitados produtos que contenham perfumes e corantes (Fernandes, 2011; Oliveira et Machado, 2011). Fernandes (2011) e Oliveira et Machado (2011) dizem que os agentes de limpeza ideais devem ser líquidos, suaves, sem sabão, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não altere o manto ácido protetor da superfície cutânea.

Em estágio antes de dar o banho aos RNS, verificou-se, para cada caso, se a fralda se encontrava limpa ou suja. Procedeu-se à remoção da fralda suja e lavou-se de imediato a região perineal. Só depois se deu banho ao RN, evitando com esta atenção que a água ficasse suja.

Começou-se pela limpeza dos olhos (pálpebras), utilizando-se água tépida e compressas (não esterilizadas) ou pano limpo, pois não deve ser utilizado o mesmo material para cada olho de forma a evitar contaminação cruzada (Raising Children Network, 2014). A limpeza dos olhos foi realizada no sentido do canto interno para o canto externo do olho para evitar que as secreções se acumulassem no ducto nasolacrimal favorecendo o aparecimento de infeções. Os ouvidos foram limpos com um torcido húmido, pois o uso de cotonete deve ser evitado devido ao risco de, por

um lado, a cera ficar impactada dentro do canal auditivo e, por outro, de se provocar o rompimento da membrana timpânica (Raising Children Network, 2014). A orelha, em si, também foi limpa com recurso a toalha ou toalhete seco humedecido.

As secreções nasais, caso existam, devem ser limpas também com um torcido húmido de soro fisiológico, através de movimentos rotativos, o que se verificou. Recomendou-se à puérpera que o nariz fosse limpo com soro fisiológico, uma vez que a sua composição é isotónica relativamente ao meio interno. Em ensino, informou-se que a higiene oral deve começar ainda antes do RN ter dentes, melhor dizendo deve-se limpar as gengivas e a língua do RN, com um pano humedecido (fralda de pano), pelo menos uma vez por dia e, de preferência, à noite (Raising Children Network, 2014).

Para lavar a cabeça, em estágio e para todos os casos, começou-se por segurar o RN com uma mão sob a cabeça e o antebraço ao longo do tronco. Depois fixou-se o RN a nível da crista ilíaca com o cotovelo, mantendo-o numa posição semelhante à posição “bola de rãguebi”. Procedeu-se à lavagem da cabeça com movimentos ligeiros, rotativos no sentido do crescimento do cabelo, para evitar magoar o RN e danificar o cabelo (Raising Children Network, 2014).

Durante o banho garantiu-se a segurança do RN com base nos cuidados de não o deixar sozinho e o segurar corretamente. Informou-se que, em casa, os pais poderiam optar pela utilização de tapete antiderrapante no fundo da banheira, devendo evitar o uso de cadeiras de banho e, quando se lava as costas, devendo ter em atenção a face para que não fique submersa em água (Lowdermilk et Perry, 2008).

A epiderme do RN de termo é comparável à do adulto, sendo contudo menos pigmentada, menos espessa, menos hidratada. Contém ao nascer verniz caseoso que é uma combinação de secreções sebáceas e corneócitos fetais destacados, o qual existe durante o 3º trimestre da gravidez. Como esta barreira epidérmica é imatura nos RNS e lactentes, a permeabilidade cutânea é muito elevada, sobretudo durante a primeira quinzena de vida. É uma pele mais facilmente agredida mecanicamente, como ocorre na zona de contato com as fraldas ou pela utilização de toalhetes, que causam remoção repetida e localizada de células do estrato córneo e aumenta, por sua vez, a permeabilidade cutânea. Com o tempo, a pele da criança vai adquirindo cada vez mais impermeabilidade, apesar de se revelar sempre mais frágil e fina que a do adulto. Desta forma, os cuidados com a pele devem privilegiar a preservação da integridade cutânea e prevenir a toxicidade pela aplicação tópica de produtos pouco adequados às suas características (Macedo [et al.], 2004)

Nos cuidados ao RN é importante instruir os pais sobre a atenção que devem dispensar ao cordão umbilical. O cordão umbilical do nascimento tem aspecto branco-azulado e húmido que, após a clampagem começa a mumificar e exibir uma coloração amarelada. Depois torna-se progressivamente mais curto e com uma cor preta esverdeada. O processo de necrose ou isquemia que ocorre no coto umbilical é também denominado por gangrena seca fisiológica ou "mumificação". Esta desenvolve-se lenta e gradualmente, possibilitando a perda de líquido através da insuficiência do fluxo de líquidos nutrientes e da drenagem e evaporação dos mesmos no local afetado pela isquemia. Sendo a necrose um excelente meio de colonização bacteriana a higienização do coto deverá ser uma prática recorrente (Trotter, 2004).

O coto deteriora-se através do processo de mumificação. O tempo que leva até que o cordão caia é influenciado por diversos fatores, incluindo o tipo de cuidado realizado, o tipo de parto e outros eventos perinatais (Hockenberry [et al.], 2011). Durante o processo de mumificação, pode ocorrer deposição de leucócitos na base do coto, tendo um aspecto semelhante a pus, que muitas vezes leva a que se identifique erradamente a presença de infecção (Oudesluys-Murphy 1987 citado por Imdad [et al.], 2013). Para realizar a limpeza do coto umbilical nos RNS assistidos, primeiro limpou-se o local de inserção e de seguida o coto umbilical da base para o clamp, evitando que a mesma compressa fosse utilizada duas vezes. Informou-se que são precisas algumas semanas para que a base do coto cicatrize completamente, após a sua queda, e que durante este tempo o cuidado consiste em manter o local limpo e seco. Que a fralda deve ser dobrada para a frente abaixo do coto para evitar irritação e humidade no local estando, desta forma, a área exposta ao ar e mantida sem urina e fezes o que facilita o processo de cicatrização (Hockenberry [et al.], 2011).

Informou-se os pais que a queda do coto ocorre, geralmente entre o 5º e o 15º dia após o nascimento do RN. Antes da queda, esta porção do cordão pode ser considerada como uma ferida em processo cicatrização e, assim, uma possível porta de entrada a microrganismos e posteriores infeções (Zupan et Garner, 2003). O coto umbilical é um excelente meio para o crescimento de bactérias, sendo o primeiro local do RN a ser colonizado (Lowdermilk et Perry, 2008). Providenciou-se, sempre, informação sobre a infeção do cordão umbilical, ou onfalite, e as suas manifestações: edema peri-umbilical, rubor peri-umbilical e cheiro fétido (Mullany, 2006 citado por Imdad [et al.], 2013) e sobre as propriedades do álcool a 70% usada para a desinfecção do coto umbilical. Este tem como propósito diminuir a carga bacteriana que coloniza o coto umbilical, contudo não foi indicado aos pais a desinfecção do coto

umbilical com este produto, pois está frequentemente relacionado com a agressividade cutânea.

A região da pele em contacto com a fralda representa um foco de humidade, mais suscetível à maceração e aos microrganismos. E a pele está, também, em contacto com agentes alcalinos, as fezes e a urina que, pelo seu pH alto, comprometem a integridade daquela região. É aconselhável a frequente muda da fralda de modo a minimizar estes danos. A pele deverá ser bem seca e arejada entre diferentes mudas de fralda. Água morna e toalhetes de algodão reutilizáveis podem e devem ser usados para limpar a região perineal.

A troca da fralda é uma das atividades que os pais terão de realizar mais vezes por dia, uma vez que o RN suja tantas fraldas quantas mamadas e a regra deve ser de “pouca humidade e muito ar” (Pinheiro et Pinheiro, 2007; Cardoso, 2008). A importância da troca da fralda recai sobre o bem-estar, conforto e higiene do RN. Por isso, a troca da fralda é feita quantas vezes for necessária e sempre que possível logo após a criança defecar e /ou urinar (Rocha et Selores, 2004), de forma a manter uma boa higiene, preservar a função de barreira da pele e prevenir o eritema pelas fraldas (Pinheiro et Pinheiro, 2007).

Para começar é importante reunir e organizar todo o material necessário e dispô-lo junto do local da troca. Os materiais essenciais para a troca da fralda são uma base impermeável ou colchão muda-fraldas para proteger a superfície a usar, toalhetes secos e água morna, fralda limpa e roupa interior, se necessário (Cardoso, 2008; Raising Children Network, 2014).

Quanto ao muda fraldas a escolher, os pais devem ter em conta a superfície, ou seja, podem optar por um colchão muda fraldas, que exige um local de suporte suficientemente grande para garantir a segurança, podem optar por um móvel muda fraldas que deve também ser suficientemente largo para que o RN não caia ao mexer-se e que sirva para organizar o material necessário de modo a estar sempre próximo e pronto a utilizar, ou podem optar por uma base muda fraldas impermeável que servirá para colocar sob o RN de forma a proteger a superfície e com a utilidade de poder ser transportado para fora de casa

Nos cuidados ao RN realiza-se a Otoemissões acústicas (OEA), no serviço de puerpério, a partir do 2º dia de vida do RN, no turno da tarde. Tem como objetivo diagnosticar precocemente as patologias auditivas para que, se necessário, o seu tratamento possa ser efetuado o mais cedo possível e desta forma melhorar o prognóstico da doença que causa a surdez (Lowdermilk et Perry, 2008). Para além da sua finalidade foi, também, explicado a todos os pais que por vezes o resultado não é conclusivo, pois durante o parto muitas secreções (sangue e vernix caseoso)

podem obstruir o canal auditivo induzindo um falso resultado. Esta informação diminuiu por diversas vezes a ansiedade demonstrada por alguns pais.

Em relação à fototerapia, também importante nestes cuidados ao RN, explicou-se a cada casal que a icterícia neonatal caracteriza-se pela coloração amarela da pele e das mucosas por deposição de bilirrubina, quando esta excede 5mg/dl no sangue. Que a hiperbilirrubinemia está presente em cerca de 97% dos RNS de termo mas só 67% deles ficam ictéricos, isto é, com valores de bilirrubina acima de 5 mg/dl (Quintas et Silva, s.d). O tratamento de eleição da hiperbilirrubinemia no RN é a fototerapia, que pode ser profilática, evitando níveis tóxicos de bilirrubina ou terapêutica. A sua eficácia depende da dose de fototerapia administrada, bem como de fatores clínicos tendo, por isso, aconselhado os pais a retirarem o menos tempo possível o RN do bilibed (berço que tem incluído o aparelho que emite a luz para fototerapia), aproveitando os momentos das mamadas para trocar a fralda e realizar todos os cuidados ao RN minimizando o tempo em que está fora do berço (Quintas et Silva, s.d). Durante a exposição de cada RN à fototerapia, aconselhou-se os pais a não aplicar loção hidratante na sua pele, pelo risco de queimaduras.

Apesar de existir evidência recente de que os RNS com aleitamento materno exclusivo apresentam valores mais elevados de bilirrubina do que os RNS com leite de fórmula, portanto, com risco aumentado de hiperbilirrubinemia, o aleitamento materno não foi desencorajado servindo de complemento ao leite de fórmula que o RN estava a fazer.

O Teste de Diagnóstico Precoce deve ser realizado entre o 3º e 6º dia de vida, a fim de detetar precocemente doenças metabólicas. Foi realizado no internamento hospitalar aos RNS com mais de 72 horas de vida, tendo sido explicado aos pais que os resultados poderiam ser consultados no *site* (http://www.diagnosticoprecoce.org/teste_pezinho.htm) cerca de 3 semanas após colheita. Para isso foi-lhes fornecido um destacável com um código de barras. Os pais foram, ainda, informados que caso o resultado fosse negativo não lhes seria enviado qualquer comprovativo, mas se fosse positivo seriam contactados em média até ao 12º dia de vida do RN (Lowdermilk et Perry, 2008).

As vacinas são de extrema relevância nos cuidados ao RN. As primeiras vacinas administradas no internamento hospitalar foram a Bacillus Calmette-Guérin (BCG), vacina para a tuberculose obtida através da cultura de um bacilo da tuberculose bovina em 1906 (Mendes, 2002), que é administrada por via intradérmica, no braço esquerdo, se o RN tiver nascido com mais de dois quilos, e a vacina preventiva da Hepatite B, administrada por via intramuscular no músculo vasto lateral da coxa direita. Durante o estágio, administraram-se vacinas a seis

RNS. Explicou-se aos pais que no local de administração da vacina de BCG poderia desenvolver-se uma pápula e posteriormente uma pústula o que seria normal e não necessitaria de qualquer cuidado especial, acabando por ser absorvida com o tempo pelo organismo.

1.3.4. A Preparação Para a Alta

A preocupação com o potencial aumento de resultados adversos para a mãe e o RN devido à alta hospitalar precoce, levou o ACOG e outras organizações de prestação de cuidados a promover legislação e projetos de lei para assegurar os cuidados adequados à mãe e ao RN. Assim, todos os planos de cuidados têm de permitir que a puérpera e o RN permaneçam no hospital, no mínimo, durante 48 horas após um parto vaginal e 72 horas após uma cesariana, a menos que a puérpera decida por uma alta precoce.

As estadias hospitalares devem ser suficientemente longas para identificar problemas e assegurar que a puérpera esteja devidamente recuperada e preparada para cuidar de si e do RN, quando regressar a casa. É essencial que o enfermeiro considere as necessidades da puérpera e do RN e proporcione cuidados que sejam organizados para ir ao encontro das suas expectativas, no sentido de prevenir a morbilidade e a readmissão hospitalar.

Em contexto hospitalar, os enfermeiros possuem um papel fundamental no desenvolvimento e na implementação de estratégias de cuidados domiciliários eficazes (Lowdermilk et Perry, 2008). Nesse sentido, aquando da preparação da alta, durante o estágio, os pais foram instruídos sobre alguns aspetos/cuidados que terão que ter em conta para que o restante puerpério corra dentro da normalidade, e que os tornem capazes de prestar os devidos cuidados ao seu RN. Isso justifica que aspetos como o padrão de sono do RN, alimentação materna, medidas de segurança e prevenção de acidentes, a sexualidade, o padrão de eliminação do RN, a contraceção, a prevenção de cólicas, os tipos de choro, o repouso materno, a consulta de revisão de puerpério e a promoção da atividade física sejam abordados de seguida. Esta abordagem mostrou-se essencial no momento da alta, pois junto com os ensinamentos realizados durante o internamento tem como objetivo conferir um conhecimento aos pais, que os deixe mais confiantes e conscientes das suas capacidades.

Assim, em relação ao padrão de sono, os pais foram instruídos sobre o posicionamento do RN, que deve ser em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada. Explicou-se-lhes que o sono é uma necessidade tão primordial como a alimentação para o RN e que este deve dormir em média 16 a 20h diárias, diminuindo progressivamente com o avançar na idade (Lowdermilk et Perry, 2008).

Como medidas de segurança e prevenção de acidentes, o ensino aos pais sobre medidas de prevenção do Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) foi efetuado, informando-se que é necessário que deitar o RN em decúbito dorsal, evitar a presença do RN em locais com fumo, elevar a cabeceira do berço (30°), deitar o RN com os pés encostados ao fundo da cama e evitar adormecer o RN na cama dos pais ou no sofá. O risco de SMSL pode estar associado ao excessivo aquecimento do RN e do ambiente. Para prevenir, os pais devem adequar a temperatura do quarto, a roupa do RN e a roupa da cama à estação do ano e ao lugar que habita. A temperatura ideal do quarto deverá estar entre os 18 a 21°C, a roupa da cama não deve cobrir a cabeça do RN, não deve ser usada almofada, fralda, gorros, babetes ou outras peças que possam tapar-lhe a cabeça (Lowdermilk et Perry, 2008; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009).

Ainda relativamente à prevenção de acidentes, os pais foram alertados sobre o transporte do RN no automóvel num dispositivo de retenção/segurança próprio, devendo usar cintos do dispositivo ajustados de modo que a folga entre o cinto e o ombro do RN não seja superior a um dedo. Devem colocar a cadeira no sentido oposto ao do movimento do carro. O RN nunca deve viajar no colo de um adulto, o *airbag* da frente deve ser desativado, mas caso este viaje aí os pais devem instalar a cadeira no automóvel antes de a comprar e devem verificar se esta é adequada à idade (Lowdermilk et Perry, 2008; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009).

Outro aspeto que causa dúvidas a alguns pais e que, pela sua importância, achou-se pertinente abordar foram as cólicas e as suas formas de prevenção. Neste sentido, ensinou-se sobre as manifestações de cólica do RN (choro intenso e gritado, virar da cabeça para os lados, fechar das mãos, forçar os olhos, descair as sobrancelhas, encolher das pernas, fletir as coxas sobre o abdómen, observa-se o distender do abdómen e há eliminação de gases), e suas formas de prevenção, como sejam: colocar o RN a eructar, sempre após as mamadas; aplicar calor na região abdominal (compressas embebidas em água morna); executar massagem para alívio das cólicas e ensinar aos pais os seus benefícios: na diminuição dos níveis de catecolaminas (hormonas do stress), na diminuição das cólicas, no aumento dos níveis de serotonina, na facilitação da digestão e da evacuação, no

aumento do peso, na promoção de um sono calmo, do alívio da dor, no bem-estar do RN e na ligação entre os pais e os seus RNS (Lowdermilk et Perry, 2008).

É muito importante que os pais percebam os diferentes tipos de choro do RN para poderem ajudá-lo atempada e adequadamente. Assim, estes devem ficar atentos ao choro de dor caracterizado por um lamento curto, agudo e muito alto. O choro de fome, caracterizado por soluços curtos e contínuos, é normalmente um choro persistente, mas não muito alto, por vezes o RN tenta levar a mão à boca. O choro de fadiga descrito como ligeiro quase um gemido que vai aumentando de som até ficar mais forte. O choro de desconforto que é mais fraco do que o de dor, mas com momentos de grande intensidade e o choro de tédio assinalado por um choramingar em soluços (Lowdermilk et Perry, 2008).

A abordagem a aspetos do desenvolvimento infantil, também foi importante a quando das situações de alta. Com o intuito de informar/esclarecer os pais sobre os aspetos comuns que poderiam observar no seu RN, de forma a poderem estar alerta para situações que fogem à normalidade, ensinou-se que o padrão normal de eliminação vesical é de seis a oito vezes por dia e que a coloração é amarela tipo palha. Já o padrão de eliminação intestinal pode ser caracterizado por dejeções em pouca quantidade nos primeiros cinco dias, de fezes muito líquidas e de cor cinza-esverdeado, que depois vão-se alterando, tornando-se amareladas. O RN deverá ter uma dejeção até às 48h de vida, podendo posteriormente ter várias por dia (Lowdermilk et Perry, 2008).

Já no que diz respeito à dieta da puérpera, não há nenhuma razão para que seja diferente do habitual. É importante ter em conta que uma dieta equilibrada deve ser variada, contendo hidratos de carbono, verduras, frutas, peixe ou carne e líquidos em quantidade abundante. Não é necessário retirar nenhum alimento da dieta da puérpera uma vez que quase todos os alimentos podem modificar o sabor do leite materno, sobretudo os que contêm substâncias voláteis (alho, cebola, aipo), o que não é prejudicial para o RN, pois permite a perceção de novos sabores, bem como uma introdução mais favorável dos alimentos sólidos. Contudo, se a puérpera observar que quando ingere algum alimento específico o RN apresenta cólicas, deve evitar a sua ingestão (Manual de lactancia materna, 2008).

A maioria das puérperas demonstrou bastante interesse em recuperar a forma física anterior à gravidez. Neste âmbito encorajou-se as puérperas a iniciar a atividade física com exercícios simples e a progredir, gradualmente, para outros mais complexos. Os exercícios de Kegel são extremamente importantes para fortalecer a tonicidade muscular, sobretudo depois de um parto vaginal, pois ajudam a adquirir o tónus muscular que habitualmente é perdido quando os tecidos pélvicos são

dilatados e estirados durante a gravidez e o trabalho de parto. É essencial que a puérpera aprenda a fazer os exercícios de Kegel de modo correto. Assim, sobre esta matéria, a intervenção foi no sentido de ensinar/instruir a puérpera sobre os exercícios de Kegel e de explicar quais os seus benefícios (Lowdermilk et Perry, 2008).

Às puérperas cujo parto foi eutócico, é-lhes marcada uma consulta de avaliação, seis semanas após o parto. Sendo que as puérperas submetidas a cesariana são frequentemente observadas duas semanas após a alta. A data da consulta de revisão do puerpério deve ser incluída nas indicações da alta, facto que foi comunicado às puérperas com consulta previamente agendada. As demais foram encorajadas a contactarem o seu obstetra ou o médico de família, para marcação da respetiva consulta (Lowdermilk et Perry, 2008).

O retorno à atividade sexual deve ser trabalhado com o casal após o parto e durante a alta. Recomenda-se que, após duas semanas de puerpério normal com adequada cicatrização e desejo da mulher, a atividade sexual pode ser retomada. Orientou-se a mulher e o seu companheiro quanto à diminuição do desejo sexual, na maioria das mulheres, sendo que os principais responsáveis são os ajustes hormonais, as mudanças dos papéis sociais, a satisfação conjugal, o humor, a fadiga, as necessidades físicas associadas ao nascimento, a amamentação e, por vezes, uma readaptação ao trabalho. É importante esclarecer e relembrar o casal de que a relação sexual não é apenas um ato genital, sendo o carinho, o apoio e o conforto de enorme importância. Contudo é importante que, em caso de ato sexual, que o façam usando lubrificantes vaginais para atenuar algum desconforto e evitar a dor (Cunningham, 2005 citado por Freitas [et al.], 2011).

O momento da alta hospitalar é o momento adequado para discutir com o casal o planeamento familiar. Nas mulheres que amamentam, o intervalo de tempo para retomar a ovulação varia entre 3 e 6 meses, não ocorrendo antes das 6 semanas. Já as que não amamentam o tempo médio para retomar a ovulação é de 45 dias, sem evidência de ovulação antes do 25º dia de puerpério. Se o aleitamento materno for exclusivo, o risco de ovulação é de 2% nos primeiros 6 meses. Contudo, este método terá a sua eficácia diminuída quando a frequência das mamadas é diminuída (Kaunitz, 2009; Truitt et al., 2003 citado por Freitas [et al.], 2011).

Para a puérpera que amamenta são opções de contraceção:

- *Hormonal progestativa*: por via oral (desogestrel 75 µg), 3 a 6 semanas após o parto. É uma excelente escolha, pois a sua eficácia associada à amamentação é cerca de 100%, sem risco de alterar a produção de leite; por implante subcutâneo (etonogestrel), 6 semanas após o parto; por

Injetável (acetato de medroxiprogesterona 150mg 3-3 meses) 6 semanas após o parto.

- *Contraceção não hormonal:* por uso de preservativo masculino ou feminino, sendo um método eficaz e disponível, comum a taxa de falha entre 3 e 15%. Com a grande vantagem da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Por isso é indicado nas mulheres seropositivas para *HIV* (human immunodeficiency virus) com ou sem parceiro seropositivo (Wilsonetal., 2003, Kaunitz, 2009 citado por Freitas [et al.], 2011). Além disso, tem a vantagem adicional de evitar o contato entre o esperma de pH elevado com a mucosa vaginal atrofiada, o que pode levar a desconforto; por uso do Dispositivo intrauterino (DIU), em cobre ou medicado com progestativo, inserido após 6 semanas, com a involução do útero. Pode ser inserido imediatamente após a dequitação na cesariana (Hayesetal., 2007, Hughes, 2009, Kaunitz, 2009 citado por Freitas [et al.], 2011).

Para a mulher que não amamenta, os contraceptivos combinados estão contraindicados, nas primeiras 3 semanas pós-parto, devido ao estado de hipercoaguabilidade e risco de tromboembolismo. Após este período a contraceção pode ser realizado de acordo com esquema habitual (Lowdermilk et Perry, 2008).

A fadiga é comum nos primeiros dias após o parto e implica componentes fisiológicas associadas a trabalho de parto prolongado, cesariana, amamentação, bem como a componentes psicológicos relacionados com a ansiedade. Assim, durante o estágio, interveio-se no sentido de ensinar a puérpera, caso a caso, a aproveitar o tempo em que o RN dormia para que também o pudesse fazer de forma a repor energias e diminuir a fadiga. Aconselhou-se sobre a posição de deitada de lado para amamentar de forma a diminuir a fadiga (Lowdermilk et Perry, 2008).

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O ESTÁGIO

*Não se deve ir atrás de objetivos fáceis. É preciso
buscar o que só pode ser alcançado por meio dos
maiores esforços
(Albert Einstein, s.d.)*

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O ESTÁGIO

A unidade curricular Estágio Profissionalizante desenvolvido em contexto hospitalar proporcionou a oportunidade de contactar diferentes realidades laborais, bem como o envolvimento em experiências e aprendizagens profissionais significativas para o exercício da profissão de EESMO.

Dessas aprendizagens destacam-se o envolvimento e a apropriação de novos conhecimentos e competências em enfermagem respeitantes à área de especialização em obstetrícia e saúde materna, as quais permitiram efetivar o projeto de formação a que se propôs neste domínio. Neste âmbito destacam-se a prestação de cuidados a grávidas com e sem complicações, cuidados a parturientes durante o trabalho de parto e parto, cuidados a puérperas e RNS com e sem fatores de risco e orientação parental com vista à promoção do estado de saúde e bem-estar dos RNS.

A par do empoderamento teórico, científico e técnico, salienta-se o desenvolvimento das competências transversais pelo seu valor instrumental na afirmação da identidade profissional, dos pontos de vista relacional e na resolução de problemas de forma proactiva. Neste sentido, foi importante considerar as situações que proporcionaram o desenvolvimento deste tipo de competências, as quais foram o trabalhar com uma equipa multidisciplinar no quadro de uma realidade repleta de particularidades com os quais os profissionais da saúde se deparavam e a forma como lidavam com a resolução de situações-problema; o treino e o aperfeiçoamento de técnicas, o desenvolvimento de uma maior autonomia na ação e na tomada de decisões face às situações concretas e sempre centradas nas evidências científicas, tendo sido fundamental a colaboração e espírito de cooperação da equipa de enfermagem e demais técnicos de saúde do serviço.

Considerando que o conhecimento é algo que se vai atingido gradualmente, que constitui uma fonte inesgotável pelo facto de ser uma realidade em desenvolvimento permanente, o de estágio muito contribuiu para a perceção das necessidades de crescimento, facto que incentivou o desejo de apropriação de novos conhecimentos e o reforço da determinação pela construção da identidade profissional. Isto, só foi possível aliando a formação à experiência profissional, o entusiasmo das conquistas à humildade académica e relacional na expectativa de

permanentes aquisições que os encontros com profissionais de saúde e utentes dos serviços de saúde poderão proporcionar, através da relação interpessoal, da análise reflexiva e da autoanálise e avaliação.

De facto, o processo de estágio ajudou a consolidar competências adquiridas ao longo da formação académica, fruto do diálogo entre a teoria, a prática e a prestação de cuidados em ambiente de efetiva valorização da condição humana, como foi o caso. Reafirma-se a convicção de que o exercício da enfermagem é construído diariamente em cada contexto, com cada utente e de acordo com as necessidades emergentes. Acredita-se que não existem soluções *standards* para todos os problemas com que se depara na prestação de cuidados. Pelo contrário, é uma construção delicada e gradual que permite prestar um serviço necessário e complexo, vocacionado para a promoção de bem-estar da mulher necessitada de cuidados durante a gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto e do seu RN, cuja conceção foi o desencadeador de todo o processo da gravidez ao puerpério.

Relativamente às limitações sentidas, estas relacionam-se com dificuldades de implementação de conhecimentos técnicos da vertente teórica do mestrado e que, ainda, não tinham sido experienciadas em contexto profissional anterior. Neste âmbito, a orientação e a supervisão de estágio contribuíram para que todas as dúvidas e as situações fossem ultrapassadas à medida que se progredia e se agregavam mais competências e permanente vontade de superação que se encontrou na motivação um motor de desenvolvimento.

Considera-se, com grande satisfação que os objetivos do estágio foram grandemente alcançados por todas as aprendizagens realizadas, pela qualidade destas e do seu imprescindível contributo para o crescimento pessoal, social e, acima de tudo, profissional. Efetivamente, o universo das experiências superou as expectativas iniciais, assim como a forma como estas foram sendo proporcionadas no contexto de estágio. Efetivamente, o clima relacional foi um ponto forte a realçar, pois ele foi responsável pelo conforto para colocar as dificuldades a profissionais mais experientes em Obstetrícia e Saúde Materna, sem qualquer reserva ou constrangimento.

A colaboração e apoio recebidos na aprendizagem prática elevou o sentimento de pertença, o qual constituiu outro marco importante do processo de estágio, na medida em que funcionou como um facilitador da experimentação no ramo de especialidade. É de salientar, os gestos de incentivo e a boa disposição transmitidos e que foram fonte de grande estímulo e motivação. Assim, as responsabilidades acrescidas pela situação descrita implicaram o renovar permanente do receio de não satisfazer as expectativas pessoais ou de defraudar as expectativas das supervisoras

de estágio. Pensa-se que estes sentimentos terão contribuído para que se sentisse na obrigação de dar sempre o melhor na realização de cada cuidado.

Em estágio, todas as situações clínicas foram alvo de intervenções ao abrigo de numa perspetiva holística, atuando ao nível dos três domínios de intervenção de enfermagem: técnico-científico, crítico-reflexivo e relacional. Assim, desde o início do estágio, tentou-se ter uma atitude crítica sobre as ações realizadas e os comportamentos manifestados. Procurou-se ultrapassar as dificuldades da melhor maneira possível, recorrendo à resolução de dúvidas junto das orientadoras e da pesquisa de enfermagem, sem qualquer tipo de retração ou hesitação. A esta atitude assumida, no sentido da resolução de problema foi associada a revisão permanente da literatura. O resultado foi a sustentação das intervenções fundamentadas e de acordo com as especificidades de cada caso, sempre que possível.

Face às orientações dadas e às situações concretas de intervenção pessoal, foi-se evoluindo para um melhor desempenho, tornando-se cada vez mais autónoma e motivada no processo de aprendizagem e de mobilização de conhecimentos. Para que houvesse evolução, foi fundamental empenho, motivação, reflexão crítica continuada e dedicação. Efetivamente, a introspeção foi algo que se procurou realizar continuamente, debatendo-se sobre o que se fez, porque se fez e como poderia ter sido feito, para melhor. Pensa-se que este processo interrogativo-reflexivo ajudou a otimizar as intervenções perante os utentes.

Salienta-se que a evolução formativa deveu-se em muito ao acompanhamento dado pela escola e em contexto de estágio, nomeadamente pela docente supervisora e pela tutora do serviço hospitalar, bem como na relação com colegas com quem se teve a oportunidade de interagir. Considerando ser uma pessoa com certa facilidade em estabelecer uma relação de empatia e de comunicação interpessoal, foi possível criar uma relação excelente com as utentes/família numa indispensável relação de confiança entre as partes envolvidas nos processos e ter presente as dimensões do eu, nós e os outros. Tentou-se sempre estabelecer uma atitude dialogante e aberta. É certo que se volta para a vida profissional com a certeza de que neste campo de estágio se aprendeu imenso, pois esta experiência formativa virada para a experimentação de situações práticas, permitiu consolidar conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso e o aperfeiçoamento e a aquisição de outros.

Por fim, a título de balanço da experiência do relato do processo e das situações de estágio, destaca-se que a elaboração deste relatório foi uma tarefa exigente e de grande utilidade como espaço de reflexão crítica do percurso, das expectativas e dos desafios vencidos e sobre os novos desafios que se esperam nos tempos futuros. Na sua organização e conteúdo, procurou-se integrar as partes do

processo em forma de relato sobre os três focos de enfermagem enunciados e que, na globalidade, circunscrevem os processos e procedimentos fundamentais em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (cuidar I, II e III, neste relatório) nas quais concretizam-se os objetivos preconizados e os desafios formalizados pelo curso.

Com efeito, realizaram-se 114 exames pré-natais (incluindo consultas a grávidas); vigilância e cuidados a 54 parturientes; 40 partos; 14 episiotomias; cuidados a 74 puérperas (58 sem risco e 16 de risco) e a 74 recém-nascidos (25 de risco e 49 sem risco). Participou-se em um parto de apresentação pélvica e em 10 partos distócicos por ventosa. A prestação de cuidados às mulheres com patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia foi possível, no estágio, no serviço de urgências de Obstetrícia.

Nos gráficos 1, representa-se graficamente os cuidados prestados a grávidas (com ou sem risco), num total de 93. No gráfico 2, os partos realizados, num total de 40 (com ou sem episiotomia).

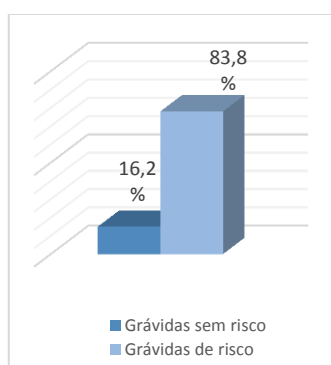


Gráfico 1: Grávidas cuidadas

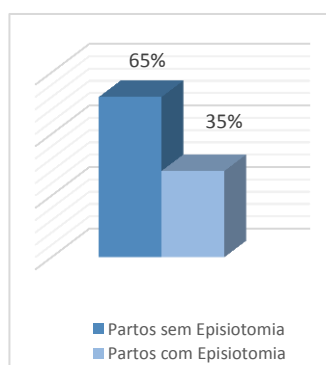


Gráfico 2: Partos realizados

Nos gráficos 3 e 4 representam-se graficamente os cuidados prestados a puérperas e RNs atendidos, com e sem situação de risco.

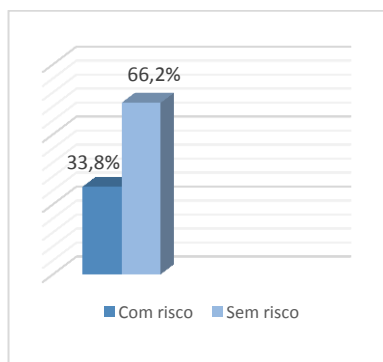


Gráfico 3: RNs cuidados

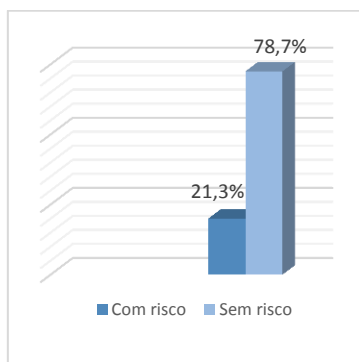


Gráfico 4: Puérperas cuidadas

Estes resultados refletem os domínios dos cuidados preconizados de acordo com o projeto de estágio, mas também de acordo com o expetável em matéria de cuidados a prestar à grávida com complicações, à parturiente, puérpera e ao RN considerando sempre a família no processo de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas reflexões são aqui representadas em forma de encerramento deste relatório que, em última análise, é o culminar de todo o processo que se descreve criticamente ao longo deste texto. Assim sendo, retomam-se as motivações iniciais de prosseguir com uma formação que pudesse permitir a aquisição e o desenvolvimento de competências, de modo a evoluir pessoal e profissionalmente, no sentido de integrar a especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica, guiada por uma necessidade pessoal, provocada pelo facto de perceber que para trabalhar em contexto hospitalar e em domínios que envolvem a prestação de cuidados à grávida, à parturiente, à puérpera, RN e família, seria importante ter um suporte teórico e prático que só a formação poderia permitir.

Integrar esta formação foi o início dessa caminhada que começou por implicar o afastamento do lar e, com isso, muitas mudanças do ponto de vista familiar, embora o encorajamento e a presença ativa, em todo o processo, tenham ajudado a superar as dificuldades daí resultantes.

Seguiram-se as adaptações a uma nova vida de estudante, agora, com responsabilidades maternas que também foram sendo superadas, no sentido de estar sempre presente ou de participar de todas as responsabilidades, a par de não deixar de cumprir com as obrigações e os desafios académicos que, para além das exigências da formação, se desenvolviam em boa parte a cerca de 50km de casa. Mais, deixar a vida profissional para se transformar em estudante, foi outra grande aventura que se foi contornando com muita garra e força de vontade e com o apoio da família que se organizou para esse fim.

Posto isto, considera-se que estes dois anos de vida académica, não só foram importantes pela formação em geral, mas também constituíram um grande exercício de adaptação à condição de mulher e mãe no papel de estudante, o que contribuiu imenso para perceber as forças internas e a capacidade de resistência que não se conhecia.

Por fim, o que se leva desta formação e de todo este processo? Leva-se a certeza de que se passou por um processo de formação pessoal e profissional sólido, consistente, necessário e oportuno, onde se conjugaram elementos de força como o conteúdo da formação, a qualidade dos docentes, a qualidade da Escola, a

qualidade dos profissionais com quem se privou em formação e os contextos de estágios e o incondicional apoio da família em todos os sentidos. Assim, desta formação leva-se, em última análise, a certeza de que se obteve os conhecimentos as competências e as habilidades necessárias a um bom desempenho profissional. Também se acredita que o futuro faz-se caminhando para novas formações sempre no sentido do aperfeiçoamento para uma prestação de cuidados de saúde e bem-estar ao próximo, reforçando o sentido de missão e a humildade que devem caracterizar o agir profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. - Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. *Tese de Mestrado*. Disponível em: <http://www.apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/JanainaMAguiar>.

ALARCÃO, I. & RUA M. - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm*. Vol. 14, nº 3, 2005. p. 373-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

AMBROSI, C. – Do útero ao Coração: Valsalva em questão. 2012. *Tese de Mestrado*. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55286/000856966.pdf?sequence=1>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG - Practice bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician Gynecologists. *Obstet Gynecol*. Vol. 40, 2002 p.759-763.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. - Operative Vaginal Delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000. ACOG Practical Bulletin; 2000

AMORIM, M. [et al.]. - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*. Vol. 38, nº 11. 2010. Disponível em: http://www.febargo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf.

AMORIM, M. M. R. [et al.]- Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*. Vol. 38, nº10. 2010. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_i.pdf

BALEIRAS, C. [et al.] - Infecções Urinárias e Gravidez. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 11, 1998. p. 839-846. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/2336-3221-1-PB.pdf>

BECKMANN, CRB [et al.]- Obstetrics and Gynecology. 6th edition, Lippincott Williams & Wilkins 2010.

BEZERRA M. G. A. [et al.] - Fatores Culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Vol.14, nº 3. 2006. p.414-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>

BOTELHO F. S. – A Assistência de Enfermagem ao Pré-Natal e sua importância. Pedra azul/Minas Gerais. 2010. *Trabalho de conclusão de curso*. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3109.pdf>

BOWDEN, V. & GREENBERG, C. - *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Guanabara – Koogan, 2005.

BRANDÃO, M.B. - Aspectos psicológicos no ciclo grávido puerperal. *Rev. FEMINA*. Vol. 16, nº6. 1998. p. 504-8.

CAMARNEIRO A. P. - *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé: Influência de diabetes Gestacional e da Hipertensão Arterial induzido pela gestação no desenvolvimento precoce dos bebés*. Coimbra. Editora: Formasão, 2007

CAMPOS D.A. [et al.] - *Emergências Obstétricas*. 1ª Edição, Lidel, Lisboa, 2011.

CAMPOS, D.A. [et al.] - *Protocolos de Medicina Materno Fetal*. 2ª Edição. Lidel. Lisboa, 2008;

CANAVARRO, M. C. - *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001.

CARDOSO, A. M. R. - Tornar-se mãe, tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais. Porto, 2011. *Tese de Doutoramento*.

CARRARO, T. [et al.] – “O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: Opinião de puérperas”. *Texto contexto Enfermagem*. Vol. 17, nº 003. 2008. p. 502-509. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf>

CARREIRA, M.T. [et al.] - Contributos da Intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. III, nº4, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf

CASTRO, J.C. & CLAPIS, M. J. - Parto Humanizado na percepção das Enfermeiras Obstétricas envolvidas com a Assistência ao Parto. *Revista Latino Americana Enfermagem*. Vol. 13, nº6, 2005. p. 960-967. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>

CIPE - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. 2011. Associação Portuguesa de Enfermeiros;

CLODE, N. [et al.] - Normas de atuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, 2ª edição. Lisboa, 2012.

COATES, T. - Malposition's of the occiput and malpresentations. s.d. p. 573-605. Disponível em: <http://www.khotanbooks.org/UploadedFiles/PFiles/63fa20a2b64d4e6.pdf>

CUNNINGHAM F.G & LEVENO, K.J. - *Williams Obstetrics*. 23rd Edition, McGraw-Hill, 2009.

CUNNINGHAM, F.G. [et al.] - Abortion. In: *Williams Obstetrics*. 18th ed. East Norwalk: Appleton & Lange; 1997. p.588-9.

D'ESPINEY, L. – Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho. In *Formação e Situações de Trabalho*. (2.ª ed.). Porto: Porto Editora, 2003. p. 169-188.

DAVIM, R. M. B. [et al.] - Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 10, nº 1. 2008. p. 100-109. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a09.htm>

DESBRIERE R.; BLANC J.; LE DÛ R [et al.] - Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 1 nº 8. 2013. p. 208-60.

DOMENICO, E. & IDE C. - Enfermagem baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>.

DRAY-E. M. [et al.] – Maternal urinary tract infection: is it independently associated with adverse pregnancy outcome? *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Vol. 22, nº 2. 2009. p. 124-128.

FERNANDES, J. [et al.] - Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Na Bras Dermatol*. Nº 86, 2011. p. 102-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>

FERNÁNDEZ A. M. - Efectividad de una modificación de la posición de Sims para el manejo de la presentación occipito-posterior durante la fase de dilatación - Ensayo clínico controlado aleatorizado. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas*. Ser.4, nº 5. 2012. p. 122-173. Disponível em: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/948/965>

FIGUEIREDO, B. [et al.] - Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, Vol. 2, 2002. p.203-217. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a02.pdf>

FILHO, R. & MONTENEGRO, - Obstetrícia Fundamental, 12ª edição. Rio de Janeiro 2011.

FREITAS, F. [et al.] - *Rotinas em obstetrícia*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

FREITAS,F. [et al.] - *Rotinas em Obstetrícia*. 6ª Edição. Artmed. Porto Alegre, 2011

GRAÇA, L. M. - *Medicina materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010.

GRIBOSKI, R. A. & GUILHEM D. - Mulheres e Profissionais de Saúde: O Imaginário Cultural na Humanização ao Parto. *Texto Contexto Enferm*. Vol. 15, nº 1. 2006. p. 107-14. Disponível na internet em URL:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1>

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA - Dor. *Cadernos OE*. Vol. 1, nº 1. 2008. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

GUINSBURG, R. [et al.] - *Manual de reanimação neonatal*. 4ªa edição. Editora: sergio Kon, 2000.

HOCKENBERRY, M. et WILSON, D.- *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª. Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Disponível em: <http://www.apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>

HUNTER S, HOFMEYER GJ, KULIER R - Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior) (Review). *The Cochrane Library*. 2009; 4(CD001063). Disponível em: <http://www.biblioteca.cochrane.com/pdf/CD001063.pdf>

IMDAD, [et al.] - Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 5. Art. No.: CD008635. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008635.pub2/epdf>

JOHNSON, J. - Enfermagem Materna e do Recém-Nascido Desmistificada: *Um guia de aprendizado*. Macgraw-Hill. Artmed, 2012.

KARIMINIA A.; CHAMBERLAIN M. E.; KEOGH J.; SHEA A. - Randomized controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. *BMJ*. Feb 28, 2004; 328(7438): 490. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/328/7438/490.full.pdf>

KOCH, C. [et al.] – Tradução Portuguesa, Adaptação e Validação da *Perinatal Bereavement, Grief Scale* (PBGs), em Mulheres com Perda de Gravidez. *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. III, N6. 2012.p. 123-130. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000100012&script=sci_arttext

LENINGER, M. - *Culture care diversity: a teory of nursing*. New York. National League for Nursing Press. 1991.

LOUREIRO, T. [et al] - Avaliação Ecográfica do Colo Uterino e Rastreio de Parto Pré-termo: método útil ou ainda controverso? *Acta Med Port*. Vol.19.2006.p. 395-404. Disponível em: https://www.google.pt/?gws_rd=ssl#q=Avalia%C3%A7%C3%A3o+Ecogr%C3%A1fica+do+Colo+Uterino+e+Restreio+de+Parto+Pr%C3%A9-termo:+m%C3%A9todo+ou+anida+controverso%3F

LOURENÇO, C. [et al.] - Ventosa Obstétrica: Uma Revisão da Literatura. *Artigos de Medicina*. Vol. 26, nº 6. 2012. p. 254-263. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v26n6/v26n6a04.pdf>

LOWDERMILK, D.L & PERRY, S. E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Camarate: Lusociência, 2006

LOWDERMILK, D.L. & PERRY, S. E. – *Enfermagem na Maternidade*. 8ª edição. Lusodidata, 2008.

LOWE, N. – The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 186, nº 5. p. 16-24.

LUCENA E. S. & ARANTES S. L. – Infecção Urinária em Gestantes que frequentam o pré-natal de baixo risco no núcleo de Hospital – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (NHU – UFMS): Intervenções de Enfermagem para prevenção e tratamento. Vol. 10, nº 3. 2006. p. 113-124. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/INFEC%C3%87%C3%83O%20URIN%C3%81RIA%20EM%20GESTANTES%20QUE%20FREQUENTAM%20O%20PR%C3%89-NATAL%20DE%20BAIXO%20RISCO%20NO%20N%C3%9ACLEO%20DE%20HOSPITAL%20-%20UNI.pdf>

MAMEDE F. V. [et al.] - Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.11, nº 2. 2007. p. 331-336. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>

MANUAL DE LACTANCIA MATERNA - *De la teoría a la práctica*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed.Panamericana, 2008.

MARQUE F. C. [et al.] - A Percepção da Equipe de Enfermagem sobre Humanização do Parto e Nascimento. *Esc Anna Nery R Enferm*. Vol. 10, nº3. 2006. p. 439 - 47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>

MARTINEZ J. E. [et al.] - Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev. Bras Reumatol*. Vol. 51, nº4, 2011. p. 299-308. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>

MARTINS C. [et al.] - Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm*. Vol. 15, nº 3, 2006. p. 472-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12>

MARTINS C. A. - A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem. 2013. Tese de doutoramento. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf

MARTINS C. A. [et al.] - Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. Artigo de investigação. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. IV, nº 2. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1394>

MARTINS E. [et al.] - Analgesia epidural obstétrica. *Rev Port Clin Geral.Ser.18*. 2002. p.163-8. Disponível na internet em: <file:///C:/Users/user/Downloads/9878-9796-1-PB.pdf>

MARTINS, C, F. S. - *Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. 2012. Tese de Mestrado. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6932/1/ulfpie040154_tm.pdf

MENDES, N.S. - Vacina contra a tuberculose – Sociedade Brasileira de Pediatria e sociedade Brasileira de alergia e imunopatologia. 2002. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/122.pdf 2002

MONTEIRO M. J. – “Vivências das mulheres com gravidez alto risco a necessidade de internamento. Porto, 2012. Tese de Mestrado.

MONTENEGRO, C. A. B. & REZENDE FILHO, J. - *Obstetrícia fundamental*. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2007.

MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE FILHO, J. - *Obstetrícia fundamental*. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

MOURA, F. M. J. S. P; [et al.] - A humanização e a assistência de enfermagem ao parto. *Rev. Bras Enferm*. Vol. 60, nº. 4, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000400018&lng=pt&nrm=iso.

NIVEN, C. - Labour pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 6, 1988. p .83-87.

OLIVA, M. & SALGADO, M. - Cuidados de puericultura ao recém-nascido. *Saúde Infantil*. Vol. 25, nº 2. 2003. Disponível em: http://areadospais.asic.pt/article_files/cuidados_puericultura_recem_nascido.pdf

OLIVEIRA A. S. S. [et al.] - Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*. Vol. 11, Número Especial, 2010. p. 32-41. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp_n4.pdf

OLIVEIRA DAL. - Práticas clínicas baseadas em evidências. Módulo pedagógico. UNASUS/UNIFESP; 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ed. Ordem dos Enferm; 2003. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaoee/codigodeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Parecer: Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar. Lisboa, 2011

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lei n.º 111/2009, artigo 4º. 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. - “Assistência ao parto normal: um guia prático”. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra (CH). 1996

PASSOS, F. & CLODE N., G. L.M - Pielonefrite na gravidez. *Acta Obstet Ginecol Port*. Vol. 2, nº 4. 2008. p. 173-177. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_413.pdf

PEDROSO, R. A. & CELICH K. L. S. - Dor: Quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. Vol. 15, nº2. 2006. p. 270-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2>

PENNY Simkin, PT - The Fetal Occiput Posterior Position: State of the Science and a New Perspective. *BIRTH*. 2010. 37:1. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/getFile.asp.pdf>

PICCININI C. A. [et al.] - Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*. Maringá, Vol. 13, nº. 1, 2008. p. 63-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>

PINHEIRO, L. A. & PINHEIRO, A. E. *A pele da criança. A cosmética será um mito?*. Acta Pediátrica Portuguesa, 2007, nº 38, p. 200-8. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4697/3520>

PUPULIM J. S. L. & SAWADA N. O. - Cuidado de Enfermagem e a invasão da privacidade do doente: Uma questão ético-moral. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Vol. 10, nº 3, 2002. p. 433-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13353.pdf>

PUPULIM J. S. L. & SAWADA N. O. - Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. Ser.19, nº1, 2010. p. 36-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a04.pdf>

QUINTAS C. & SILVA A. - Icterícia Neonatal Consensos em Neonatologia. S.d. Disponível em: http://www.utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/ictericia_neonatal/Art4_ictericia_neonatal.pdf

REZENDE, J. - *Obstetrícia*, 10º edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, S.A., 2005

ROCHA I. M. S. [et al.] - O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. Esc enferm usp*. Vol. 43, nº 4. 2009. p. 880-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a20v43n4.pdf>.

ROCHA, N. & SELORES, M. – Dermatite das fraldas. *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal*. Porto. (2004). Disponível em: <http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/vol1303/Dermatite%20das%20fraldas.pdf>

SANTOS A. & CAVEIÃO, C. - A Importância da Assistência de Enfermagem no Puerpério para Redução da Morbi-Mortalidade Materna. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. Vol.6 n.3, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/327-1206-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/327-1206-1-PB%20(1).pdf)

SANTOS, L. [et al.] - Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e neonatal*. 2010. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0628.pdf

SOUZA R. – O que é um Estudo Clínico Randomizado? *Medicina*. Vol. 42 nº 1. 2009. p. 3-8. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAAhUKEwiq-Jzt7PbGAhUpK9sKHRgVApw&url=http%3A%2F%2Frevista.fmrp.usp.br%2F2009%2Fvol42n1%2FSimp_O_que_e_um_estudo_clinico_randomizado.pdf&ei=L82zVeqlM6nW7AaYqojgCQ&usg=AFQjCNFYYPVaMfBNfD7CArAoqq2gtollxA&bvm=bv.98717601,d.bGg

SCAVONE, L.- Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 8, Fevereiro, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf>

SIEGFRIED, E. - Principles of treatment. In: Schachner L A, Hansen R C. *Pediatric Dermatology*. 2nd Ed. New York: Churchill Livingstone, 1995. p. 165-216.

SILVA L. B. [et al.] - Posições maternas no trabalho de parto e parto. *FEMINA*. vol. 35, nº 2, 2007

SILVA, M. J. E. – in GRAÇA, L. M. - *Medicina materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010. p. 162-167.

SILVEIRA, C. & FERREIRA, M. (2011) - Auto-Conceito da Grávida – Factores Associados. *Millenium*. Vol. 40. 2011. p. 53-67. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1215/1/Auto%E2%80%90Conceito%20da%20Gr%C3%A1vida.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - Proposta de consenso para a redução do risco de SMSL. 2009. Disponível em: <http://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Document1.pdf>.

SOUSA, F. A. E. F. - Dor: o quinto sinal vital. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Vol. 10, nº3. 2002. p. 446-7. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13355.pdf>

TROTTER, S. - Care of the Newborn: Proposed new guidelines. *British Journal of Midwifery*. Vol.12, nº 3. 2004. p. 152-7

WIDEMAN, M. V., & SINGER, J. E - The role of psychological mechanisms in preparation for childbirth. *American Psychologist*, vol.39, nº 12.1984. p. 1357-1371

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Care in normal birth: A practical guide. Geneva: WHO; 1996

YUNES M. A. M. - Psicologia Positiva e Resiliência: O Foco no Indivíduo e na Família. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 8, num. esp., 2003. p. 75-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10>

ZUPAN, J. & GARNER, P. - *Topical umbilical cord care at birth*. The Cochrane Library, 2003.